



ESCOLA SUPERIOR  
DE EDUCAÇÃO  
DE LISBOA



**POLITÉCNICO  
DE LISBOA**

**Instituto Politécnico de Lisboa**  
Escola Superior de Educação de Lisboa

**Estudo sobre a comunicação de sinais de risco às famílias com  
crianças com NEE**

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação de Lisboa para obtenção do  
grau de mestre em Educação Especial

**Vera Lúcia Santos Pereira Ferreira**

**2019**



ESCOLA SUPERIOR  
DE EDUCAÇÃO  
DE LISBOA



**POLITÉCNICO  
DE LISBOA**

**Instituto Politécnico de Lisboa**  
Escola Superior de Educação de Lisboa

**Estudo sobre a comunicação de sinais de risco às famílias com  
crianças com NEE**

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação de Lisboa para obtenção do  
grau de mestre em Educação Especial

Vera Lúcia Santos Pereira Ferreira

Sob a orientação da Professora Doutora Marina Fuertes

**2019**

"A felicidade aparece para aqueles que choram.

Para aqueles que se machucam.

Para aqueles que buscam e tentam sempre."

Clarice Lispector

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero agradecer à minha família.

Aos meus pais, por me terem proporcionado a minha formação académica, em especial à minha mãe por todo o amor e confiança que me deu para acreditar em mim e chegar mais longe, estando sempre presente em todos os momentos da minha vida!

Ao meu irmão por todo o companheirismo e ajuda, estás sempre presente nos momentos que mais preciso... não desejava um mano melhor!

Aos meus tios especiais: Paulo, Luís e Paula por serem sempre mais que tios na minha vida. E à minha afilhada Sónia que quando nasceu deu um significado especial aos meus dias... és a menina dos meus olhos... sempre!

Aos meus sobrinhos e afilhado lindos: Catarina e Ivan e à minha prima Inês por serem as crianças inspiradoras da minha vida.

Agradeço à minha orientadora Professora Doutora Marina Fuertes, por toda a paciência e disponibilidade e principalmente por nunca ter desistido de mim.

Aos professores e colegas do curso de mestrado do biénio 2017/2019 por terem tornado esta aprendizagem tão dinâmica e divertida.

Às minhas queridas colegas e amigas, Rosa, Teresa e Ana, o que vivemos estará para sempre no meu coração, um simples obrigado não chega...

Às auxiliares que me acompanharam no meu local de trabalho durante o curso de mestrado, e que foram o meu braço direito quando não pude estar presente em sala: Manuela, Ana Leonor e Bela agradeço-vos a paciência, dedicação e todo o carinho, vocês são pessoas especiais.

Às minhas queridas colegas e amigas, Sílvia e Telma por nunca me deixarem desistir... a minha eterna gratidão.

Às educadoras e famílias que de pronto aceitaram participar neste estudo, agradeço eternamente.

E por último, mas não menos importante ao meu marido Pedro, por me fazer voltar a acreditar que os sonhos podem tornar-se realidade...

Obrigado por existirem na minha vida!

## RESUMO

A investigação indica que a comunicação à família de sinais de risco detetados na criança afeta as boas práticas em contexto pré-escolar. Quando existe uma comunicação aberta e construtiva entre pais e educadores, é possível iniciar o processo de sinalização e intervenção precocemente respondendo às necessidades da criança e sua família. O presente estudo tem como objetivo conhecer as representações dos Educadores de Infância na comunicação de sinais de risco às famílias e identificar as necessidades da família durante e após essa comunicação. Para o efeito, entrevistamos seis educadoras de infância, uma técnica de intervenção precoce, três mães e uma tia (tutora da criança, desde os dois meses de idade). As crianças tinham idades compreendidas entre os 2 e os 5 anos de idade e apresentam sinais de risco. Para analisar as entrevistas recorreremos a análise de conteúdos. Na opinião das educadoras, os pais não estão despertos para esta comunicação, pois não aceitam, na totalidade, os sinais de risco detetados pela educadora. Por seu lado, os pais afirmam conhecer as dificuldades da criança e aceitaram ajuda da Intervenção Precoce. Os nossos estudos revelam diferenças nas opiniões das diferentes educadoras e das famílias, o que indicam que a comunicação entre famílias e estes profissionais requer melhores estratégias e formas de compreensão mútua. A formação profissional do educador deverá preparar o profissional para adquirir conhecimentos específicos para ir ao encontro das necessidades da família e promover uma comunicação efetiva com os pais.

**Palavras-chave:** Sinais de risco, Comunicação, Famílias, Educadores de Infância

## **ABSTRACT**

The investigation that the communication of signs of risk found in the child to the family affects good practice in nurseries, namely in the search for an improvement in communication between families with children with signs of risk and educators. The present study aims to know the representations of Kindergarten teachers in the communication of risk signals to families and identify the needs of the family during and after this communication. To this end, we interviewed six kindergarten teachers, an early intervention technique, three mothers and an aunt (child's guardian, since the age of two months). Children were between 2 and 5 years of age and show signs of risk. To analyze the interviews, we used content analysis. In the opinion of Kindergarten teachers, parents are not awake for this communication, because they do not accept, in full, the signs of risk found by the kindergarten teacher. For their part, parents claim to know the difficulties of the child and accepted help from early intervention. Our results reveal differences in the opinions of different kindergarten teachers and families, which indicate that communication between families and these professionals requires better strategies and forms of mutual understanding. The kindergarten teacher professional training should prepare the professional to acquire specific knowledge to meet the needs of the family and promote effective communication with parents.

**Key-words:** Risk signs, Communication, Families, Kindergarten Teachers

## ÍNDICE

|  |    |
|--|----|
| Introdução.....  | 1  |
| Parte I – Fundamentação Teórica.....   | 3  |
| 1. A Educação Especial e as Necessidades Educativas Especiais.....               | 4  |
| 1.1 O Percurso da Educação Especial.....   | 4  |
| 1.2 Papel dos Educadores/Professores.....  | 9  |
| 2. Intervenção Precoce.....  | 11 |
| 2.1 Serviços prestados à família.....  | 15 |
| 2.2 Aceitação da Família.....  | 16 |
| Parte II – Metodologia.....  | 20 |
| 3. Definição do Problema e questões Orientadoras do estudo.....                  | 21 |
| 4. Participantes.....  | 23 |
| 5. Desenho do Estudo.....  | 24 |
| 6. Recolha e Tratamento de dados.....  | 25 |
| 7. Apresentação geral de categorias.....   | 28 |
| Parte III – Apresentação e discussão dos resultados.....                         | 32 |
| 8. Análise dos resultados.....   | 33 |
| 8.1 Perspetiva das famílias .....  | 33 |
| 8.2 Aceitação.....   | 38 |
| 8.3 Contribuição para os Educadores.....   | 41 |
| 8.4 Expetativas atuais.....  | 43 |
| 9. Perspetiva dos Educadores de Infância/Técnica de Intervenção<br>Precoce.....  | 45 |
| 9.1 Compreensão do contexto familiar.....  | 45 |
| 9.2 Compreensão do quadro de desenvolvimento.....                                | 48 |
| 9.3 Intervenção junto dos pais.....  | 52 |
| 9.4 Representações do Educador.....  | 57 |
| 9.5 Outros casos de crianças com sinais de risco.....                            | 60 |
| 10. Análise caso a caso – Pontos de convergência e Pontos de<br>divergência..... | 61 |

|      |                                 |     |
|------|---------------------------------|-----|
| 10.1 | Caso 1.....                     | 62  |
| 10.2 | Caso 2.....                     | 65  |
| 10.3 | Caso 3.....                     | 68  |
| 10.4 | Caso 4.....                     | 70  |
|      | Discussão dos Resultados.....   | 79  |
|      | Contributos para a prática..... | 91  |
|      | Limitações do estudo.....       | 93  |
|      | Referências Bibliográficas..... | 94  |
|      | Anexos.....                     | 103 |

## ÍNDICE DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1: Fases e reações das famílias às NEE dos seus filhos.....   | 18 |
| Tabela 2: Comparativo das famílias entrevistadas.....  | 23 |
| Tabela 3: Comparativo das Educadoras e Técnica de intervenção precoce<br>entrevistadas.....                            | 24 |
| Tabela 4: Apresentação geral de categorias e subcategorias .....   | 29 |
| Tabela 5: Apresentação geral de categorias e subcategorias – Educadores e<br>Técnica de Intervenção Precoce .....      | 30 |
| Tabela 6: Comunicação de sinais de risco – Quando teve conhecimento .....  | 33 |
| Tabela 7: Comunicação de sinais de risco – Como recebeu a informação .....   | 34 |
| Tabela 8: Comunicação de sinais de risco – Abordagem da educadora .....  | 35 |
| Tabela 9: Comunicação de sinais de risco – Deteção de sinais de alerta .....   | 36 |
| Tabela 10: Comunicação de sinais de risco – Reação à comunicação dos sinais de risco<br>.....                          | 37 |
| Tabela 11: Comunicação de sinais de risco – Dificuldades sentidas .....  | 38 |
| Tabela 12: Aceitação – Obtenção da informação necessária para lidar com os sinais de<br>Risco .....                    | 39 |
| Tabela 13: Aceitação – Apoios .....  | 40 |
| Tabela 14: Aceitação – A família soube lidar com os sinais de risco .....  | 40 |
| Tabela 15: Contribuição para os educadores – Como a escola e os educadores devem<br>comunicar os sinais de risco ..... | 42 |
| Tabela 16: Expetativas atuais – Representações dos pais relativamente aos sinais<br>de risco .....                     | 43 |
| Tabela 17: Compreensão do contexto familiar - Reação da família à problemática da<br>Criança .....                     | 46 |
| Tabela 18: Compreensão do contexto familiar - Reação da família após comunicação<br>dos sinais de risco .....          | 47 |
| Tabela 19: Compreensão do quadro de desenvolvimento - Características mais<br>Evidentes .....                          | 49 |
| Tabela 20 Compreensão do quadro de desenvolvimento - Ajuda de outros profissionais<br>.....                            | 51 |
| Tabela 21: Compreensão do quadro de desenvolvimento - Necessidade de mais<br>Apoios .....                              | 52 |

|  |    |
|--|----|
| Tabela 22: Intervenção junto dos pais - Principal meio de comunicação .....  | 53 |
| Tabela 23: Intervenção junto dos pais - Comunicação ao detetar sinais de risco .....                                       | 54 |
| Tabela 24: Intervenção junto dos pais - Reação da família .....  | 55 |
| Tabela 25: Intervenção junto dos pais - Trabalho colaborativo .....  | 57 |
| Tabela 26: Sentimentos da educadora: Receios e expetativas .....   | 58 |
| Tabela 27: Outros casos de crianças com sinais de risco - Existência de outros casos de crianças com sinais de risco ..... | 60 |
| Tabela 28: Outros casos de crianças com sinais de risco - Aceitação da intervenção .....                                   | 61 |
| Tabela 29: Caso 1: Pontos de convergência e de divergência – Entrevista M1 .....   | 63 |
| Tabela 30: Caso 1: Pontos de convergência e de divergência – Entrevista E1 .....   | 64 |
| Tabela 31: Caso 1: Pontos de convergência e de divergência – Entrevista T1.1 .....   | 65 |
| Tabela 32: Caso 2: Pontos de convergência e de divergência - Entrevista M2 .....   | 66 |
| Tabela 33: Caso 2: Pontos de convergência e de divergência – Entrevista E2 .....   | 66 |
| Tabela 34: Caso 3: Pontos de convergência e de divergência – Entrevista M3 .....   | 68 |
| Tabela 35: Caso 3: Pontos de convergência e de divergência – Entrevista E3 .....   | 69 |
| Tabela 36: Caso 3: Pontos de convergência e de divergência – Entrevista E3.1 .....   | 69 |
| Tabela 37: Caso 4: Pontos de convergência e de divergência – Entrevista M4 .....   | 72 |
| Tabela 38: Caso 4: Pontos de convergência e de divergência – Entrevista E4 .....   | 75 |
| Tabela 39: Caso 4: Pontos de convergência e de divergência – Entrevista E4.1 .....   | 78 |

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

|       |   |
|-------|---|
| CEI   | Currículo Específico Individual                     |
| CIF   | Classificação Internacional de Funcionalidade       |
| EE    | Educação Especial                                   |
| ELI   | Equipa Local de Intervenção precoce                 |
| IP    | Intervenção Precoce                                 |
| NEE   | Necessidades Educativas Especiais                   |
| PEA   | Perturbação do Espectro do Autismo                  |
| SNIPI | Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância |

## INTRODUÇÃO

Ao longo da minha prática, enquanto educadora de infância, fui-me deparando com diversos casos de crianças com sinais de necessidades educativas especiais. Neste processo, eu e as minhas colegas (educadoras) sentíamos grande dificuldade ao tentar abordar os pais sobre a intervenção precoce e os sinais de risco observados na criança, o que me motivou para a realização deste estudo, de forma a tentar atenuar essas dificuldades com que os/as Educadores/as de Infância se deparam quase diariamente. A comunicação de sinais de risco detetados na criança à família, pelos Educadores de Infância, em contexto de creche e pré-escolar, é sempre um tema difícil de abordar.

Este processo, normalmente, é acompanhado por sentimentos de incredulidade, recusa, angústia e grande tristeza, em virtude das adversidades que os sinais de risco irão impor e que a sociedade desconhece ou não quer reconhecer.

Os Educadores de Infância afirmam ter dificuldade na transmissão das suas suspeitas à família quanto aos sinais de risco observados na criança, por sua vez, as famílias têm dificuldade em aceitar essa nova realidade que poderá trazer mudanças diversas em virtude das adversidades que esses sinais de risco impõem.

Com a realização deste estudo foi nosso propósito conhecer as representações dos Educadores de Infância na comunicação de sinais de risco às famílias e identificar as necessidades da família durante e após essa comunicação.

Tendo em conta as questões orientadoras e os objetivos propostos, optámos por um estudo qualitativo com quatro famílias, com crianças com NEE, com recolha de entrevistas semiestruturadas às famílias e aos Educadores de Infância, utilizando a técnica da análise de conteúdo como meio privilegiado de obtenção da informação necessária à investigação.

Assim sendo, o nosso estudo encontra-se organizado em três partes fundamentais.

A primeira parte corresponde à fundamentação teórica que engloba a Educação Especial e as Necessidades Educativas Especiais, o Papel dos Educadores/Professores, A intervenção Precoce e a Família.

Na segunda parte, apresentamos o estudo empírico incluindo: objetivos, metodologia, e apresentação de resultados.

A última parte é composta pela discussão dos resultados, limitações do estudo e contributos para a prática.

Com a realização deste estudo esperamos dar algum contributo para uma melhor comunicação dos sinais de risco às famílias de crianças com NEE, em contexto de creche e pré-escolar, pelos Educadores de Infância.

## **Parte I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

# 1. A EDUCAÇÃO ESPECIAL E AS NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS

## 1.1. O Percurso da Educação Especial

Ao longo da história da humanidade foram várias as perspectivas assumidas pela sociedade relativamente às pessoas com necessidades educativas especiais (NEE). Essas abordagens foram evoluindo sujeitas a fatores culturais, sociais, religiosos, filosóficos e científicos (Bautista, 1997).

Até ao século XVIII, os *deficientes mentais* (como eram apelidados à época) eram internados em orfanatos, manicómios, prisões, junto de delinquentes, velhos e mendigos. No século XIX e princípios do século XX, procedeu-se à esterilização de indivíduos considerados inaptos para exercer uma atividade, com o objetivo de impedir a sua reprodução. A título de exemplo, no período nazi e em prol de uma *raça pura* defendida por esta ideologia, muitas pessoas com incapacidades foram exterminadas. Noutros países encerravam-nos em asilos onde viviam em condições desumanas (Bautista, 1997).

Esta marginalização, discriminação e incompreensão da deficiência foi diminuindo à medida que o conhecimento sobre o mundo e o homem se desenvolveu (Bautista, 1997).

Recentemente, a Educação Especial (EE) organizou-se como uma disciplina que tem evoluído em diferentes fases consequências do estado do conhecimento e paradigmas conceptuais.

(...) uma primeira, que poderemos considerar como a pré-história da educação especial; uma segunda, aquela em que surge a educação especial entendida como o cuidado com a assistência, e por vezes também com a educação prestada a um certo tipo de pessoas e caracterizada por decorrer em situações e ambientes separados da educação regular; uma última etapa, muito recente em que nos encontramos actualmente, com tendências que nos levam a supor uma nova abordagem do conceito e da prática da Educação Especial (Bautista et al, 1997).

A primeira fase, ou seja, os primórdios da EE, situam-se nos finais do século XVIII e é caracterizada pela ignorância e rejeição do indivíduo deficiente. Posteriormente, numa segunda fase (início do século XIX) é assinalada pelo que se pode considerar o início

da EE, quando a sociedade toma a consciência da necessidade de prestar apoio a este tipo de pessoas, mas onde a ideia de separação da pessoa *normal* da *não normal* continuava a persistir. Abrem-se escolas fora das povoações, com a argumentação que o campo proporcionaria uma vida mais saudável e alegre, de forma a tranquilizar a consciência coletiva, pois estavam a proporcionar cuidado e assistência a quem necessitava, protegendo assim a pessoa com NEE da sociedade sem que esta tivesse de suportar o seu contato (Bautista et al, 1997). Imperava a ideia de que era necessário proteger a pessoa normal da não normal, as pessoas com necessidades educativas especiais eram consideradas um perigo para a sociedade (Bautista et al, 1997).

Na continuidade da tentativa de responder às necessidades de pessoas diferentes, surge a terceira fase definida por Bautista, que ainda longe de uma perspetiva inclusiva, situa-se no século XX e é nesta altura que proliferam as classes especiais e a rotulação das crianças segundo diversas etiquetas. As escolas especiais multiplicam-se e diferenciam-se em função das diferentes etiologias. Surge o conceito de normalização que é entendido como a possibilidade de a pessoa com NEE desenvolver um tipo de vida tão *normal* quanto possível (Bank-Mikkelsen, 1969). O conceito de normalização estende-se por toda a Europa e começa a assistir-se à substituição das práticas segregadoras por práticas e experiências integradoras (Bautista et al, 1997).

No entanto, de acordo com Bairrão (cit. Parecer 3/99, DR, 17 de fevereiro), existem três grandes momentos na história da EE: o período dos “esquecidos e escondidos”, o período do “despiste e segregação” e o período da “inclusão”.

O primeiro período, prolonga a tradição asilar e segregadora do séc. XIX e corresponde ao período dos esquecidos e escondidos. É nesta altura que se dá prioridade ao modelo moral que leva a sentimentos de solidão/ exaustão dos que procuram/ precisam de ajuda (Bairrão, 1998).

Deste modo, na primeira década do séc. XX, registou-se um processo, mais tarde designado por *exclusão escolar*, no qual os alunos eram ensinados numa perspetiva de igualdade, não tendo em conta o ritmo de aprendizagem de cada um (Niza, 1996).

O segundo período (anos 50/60 do séc. XX), refere-se a uma fase em que as crianças com NEE eram segregadas e isoladas em “recursos educativos e terapêuticos especiais” (Bairrão, 1998).

É, deste modo, que surgem as classes de aperfeiçoamento nas quais, os alunos “atrasados”, como então se denominavam, em momento algum tinham contato com o ensino regular. No entanto, estas classes não tiveram sucesso porque era pretendido

que os alunos se acomodassem ao modelo de ensino do professor, o que não se verificou. Os indivíduos com NEE eram vistos como seres estranhos e até prejudiciais, desta forma, os seus cuidados eram prestados em casa ou em instituições asilares e/ou hospitalares (Bairrão, 1999).

O terceiro período, é caracterizado por um afastamento da ideia de que o papel do diagnóstico médico era o mais importante e passa-se a valorizar a educação e a integração como forma de normalização (Bairrão, 1998). É, portanto, a partir dos anos 70 que se deixou de privilegiar o enfoque médico para se destacar a componente educativa. Igualmente, neste período que surge pela primeira vez o termo “Necessidades Educativas Especiais”. Como afirma Wedel, citado por Bairrão (cit. Parecer 3/99, DR, 17 de fevereiro): “o termo NEE refere-se ao desfasamento entre o nível de comportamento ou de realização da criança e o que dela se espera em função da sua idade cronológica”.

Em suma, o conceito de NEE é fruto de uma evolução histórica e política, que ocorre em paralelo com as mudanças do próprio paradigma educacional. Assim sendo, atualmente o termo NEE é concebido baseado em princípios da perspectiva inclusiva, que visa proporcionar igualdade de direitos, no que respeita à não discriminação por razões de raça, religião, opinião, características intelectuais, sensoriais, físicas e socio emocionais de todas as crianças e adolescentes em idade escolar (Correia, 1997).

Em Portugal, o conceito de NEE foi adotado no final da década de 80 tendo, na década de 90, a publicação do Decreto-Lei 319/91, de 23 de agosto, constituído um marco decisivo na garantia do direito de frequência das escolas regulares de muitos alunos que, até então, estavam a ser educados em ambientes segregados (Bairrão, 1994).

Em 1994, é aprovada a Declaração de Salamanca que constituiu uma referência na implementação de uma escola inclusiva, prevendo a igualdade de oportunidades para pessoas com deficiência, através de uma pedagogia diferenciada, capaz de responder às necessidades destas crianças e jovens (Parecer 3/99, DR, 17 de fevereiro).

Entra em vigor em 1 de julho de 1997 o despacho conjunto nº 105/97, que dá corpo a uma política educativa mais inclusiva, criando equipas de coordenação local para colaborar com escolas e docentes de apoio educativo na gestão dos recursos e na implementação de respostas articuladas (Rodrigues & Nogueira, 2010). Este despacho aponta para um sistema educativo único, englobando simultaneamente a educação regular e a educação especial, havendo uma preocupação conjunta pelo atendimento de todas as crianças na classe que apresentassem dificuldades. Neste âmbito, é criada

a figura do professor de apoio educativo para a globalidade dos alunos com NEE (Rodrigues & Nogueira, 2010).

O Decreto-Lei 3/2008 vai regular as práticas de EE, determinando que os serviços de EE se destinam a crianças e jovens com limitações significativas ao nível da atividade e da participação, num ou vários domínios de vida, decorrentes de alterações funcionais ou estruturais de carácter permanente resultando em dificuldades continuadas ao nível da comunicação, da aprendizagem, da mobilidade, da autonomia, do relacionamento interpessoal e da participação social (Rodrigues & Nogueira, 2010).

Em 2018 foi publicado o Decreto-Lei nº 54/2018, de 6 de julho que estabelece os princípios e as normas que garantam a inclusão, enquanto processo que visa responder à diversidade das necessidades e potencialidades de todos e de cada um dos alunos, através do aumento da participação nos processos de aprendizagem e na vida da comunidade educativa.

O novo Decreto-Lei define três medidas de suporte à aprendizagem: Medidas Universais (aplica-se a todos os alunos mesmo com dificuldades passageiras) Medidas Seletivas (suporte à aprendizagem não supridas nas medidas universais) e Medidas Adicionais (dificuldades acentuadas e persistentes ao nível da comunicação, interação, cognição ou aprendizagem que exigem recursos especializados de apoio à aprendizagem e à inclusão). Destaca-se dentro das medidas universais as adequações curriculares atualmente chamadas acomodações curriculares. Podemos verificar estas mudanças no Decreto-Lei 54/2018:

“2 – Consideram-se medidas universais, entre outras:

- a) A diferenciação pedagógica;
- b) As acomodações curriculares;
- c) O enriquecimento curricular;
- d) A promoção do comportamento pró-social;
- e) A intervenção com foco académico ou comportamental em pequenos grupos” (Decreto-Lei 54/2018, p. 2921).

“2 – Consideram-se medidas seletivas:

- a) Os percursos curriculares diferenciados;
- b) As adaptações curriculares não significativas;

- c) O apoio psicopedagógico;
- d) A antecipação e o reforço das aprendizagens;
- e) O apoio tutorial” (Decreto-Lei 54/2018, p. 2921).

“4 – Consideram-se medidas adicionais:

- a) A frequência do ano de escolaridade por disciplinas;
- b) As adaptações curriculares significativas;
- c) O plano individual de transição;
- d) O desenvolvimento de metodologias e estratégias de ensino estruturado;
- e) O desenvolvimento de competências de autonomia pessoal e social” (Decreto-Lei 545/2018, p. 2922).

Um ponto a realçar na nova legislação são as adaptações no processo de avaliação do aluno que contam com:

“2 – Constituem adaptações ao processo de avaliação:

- a) A diversificação dos instrumentos de recolha de informação, tais como, inquéritos, entrevistas, registos vídeo ou áudio;
- b) Os enunciados em formatos acessíveis, nomeadamente *braille*, tabelas e mapas em relevo, *daisy*, digital;
- c) A interpretação em LGP;
- d) A utilização de produtos de apoio;
- e) O tempo suplementar para realização da prova;
- f) A transcrição das respostas;
- g) A leitura de enunciados;
- h) A utilização de sala separada;
- i) As pausas vigiadas;
- j) O código de identificação de cores nos enunciados” (Decreto-Lei 54/2018, p. 2926).

O aspeto mais impactante na comunidade escolar inclusiva, foi a mudança nas terminologias utilizadas, por exemplo a abolição do termo NEE.

Outro aspeto a sublinhar foi a extinção do CEI (Currículo Específico Individual), que era utilizado com alunos com limitações mais severas. No ano letivo passado cerca de 14%

dos 88 mil alunos com NEE estavam abrangidos por esta medida que não garantia uma certificação escolar, que agora passa a ser obrigatória (Viana, 2018).

Com este novo decreto foram criadas equipas multidisciplinares, centros de apoio à aprendizagem e também um manual de apoio à prática.

Com este decreto desaparecem também as UAEEAM que existiam em várias escolas e eram frequentadas por cerca de 4 mil alunos, em complemento das aprendizagens em sala de aula. Estas unidades foram integradas nos novos centros de apoio à aprendizagem, que se destinam a todos os alunos (Viana, 2018).

## **1.2. Papel dos Educadores/ professores**

A investigação tem indicado que os Educadores/professores têm um papel muito importante para o bom desenvolvimento de todo o processo educativo, na inclusão de crianças com NEE nas escolas do ensino regular (Nielsen, 1999).

Por este motivo, os professores de classes inclusivas possuem deveres profissionais acrescidos de forma a proporcionarem a todos uma educação baseada na eficácia e igualdade.

O meio educativo tem um enorme impacto, tanto nos alunos com NEE como em todos os outros. No decorrer do processo de inclusão de alunos com NEE nas classes regulares, o professor não só lhes deve transmitir sentimentos positivos como deve também revelar-lhes afecto (Nielsen, 1999).

O docente e o meio escolar, deve proporcionar às crianças com NEE, não só, momentos de aprendizagem, como também momentos de afeto e carinho, de forma a que a criança possa desenvolver perspetivas positivas face a si mesma e ao mundo que a rodeia.

Salienta-se, a importância de o profissional ter em consideração que todos os outros alunos sem NEE irão adotar a sua postura em relação aos colegas. Para que a experiência educativa tenha sucesso e seja gratificante para todos os alunos é necessária a criação de um ambiente positivo e confortável (Nielsen, 1999).

As boas práticas pedagógicas são benéficas para todos os alunos, quer sejam ou não crianças com NEE, pois todos eles têm pontos fracos que necessitam de ser colmatados. É um fator enriquecedor da dinâmica das escolas e dos professores criar ambientes e estratégias que facilitem a aprendizagem de todos os alunos

independentemente das suas diferenças, sejam elas de ordem social, económica, cultural, física ou familiar (Porter, 1998).

Assim, para que a criança com NEE possa usufruir de uma verdadeira inclusão nos infantários, é fundamental que participe ativamente nas atividades e experiências realizadas, através de um currículo adaptado às suas necessidades, num ambiente securizante, em que todos a ajudem a aprender a conviver com as suas principais dificuldades e limitações uma vez que o currículo é um conjunto dos supostos de partida, das metas globais que se deseja alcançar e dos passos previstos para as alcançar, é também o conjunto de medidas que é necessário analisar e reformular sempre que seja pertinente, através do trabalho na escola, ano após ano (Zabalza, 2001).

O educador, deverá ser capaz, não apenas de compreender as diferenças individuais e de identificar as dificuldades e limitações de cada caso, mas ainda, de encaminhar e de realizar, em equipa, as adaptações curriculares e os programas julgados pertinentes, dado que, o Educador de Infância enquanto gestor do currículo, ao organizá-lo e desenvolvê-lo tem de ter sempre em conta as características, interesses, necessidades e vivências das crianças do seu grupo, quer na família quer na sociedade, tendo em conta que a criança é um todo. Só assim poderá diferenciar o currículo para aproximar todos dos resultados de aprendizagens pretendidos, já que de outro modo, ou seja, manter a igualdade de programas uniformes para crianças com dificuldades diversas, mais não tem feito do que acentuar injustamente as mais graves assimetrias sociais (Roldão, 1999).

Deste modo, é importante que o educador esteja atento e compreenda as especificidades de cada criança. O seu papel deve ser o de animar e dinamizar grupos, transmitir às crianças respeito pela diferença, propor situações de interajuda e organizar também estratégias que facilitem o acesso ao currículo, que permita uma verdadeira inclusão e participação da criança com NEE e do grupo em geral. Quando esta situação não acontece, as escolas são excludentes, o preconceito fica inserido na consciência de muitos alunos quando se tornam adultos, o que resulta em maior conflito social e em uma competição desumana (Karagiannis, Stainback e Stainback 1999).

É essencial quer na perspetiva da educação especial, quer na do ensino regular, que a escola seja capaz de articular planos suficientemente individualizados para facilitar o desenvolvimento individual dos alunos. Se considerarmos que para a criança em idade pré-escolar é fundamental ter experiências várias que lhe permita fazer aprendizagens,

então verificamos que todas as atividades letivas que constituem o currículo, excluindo deste as atividades não letivas, consideradas também extremamente importantes.

Nesta perspetiva de escola inclusiva, o educador de infância do ensino regular desempenha um papel determinante. No entanto, se considerarmos que estas crianças também são apoiadas pelo docente de educação especial integrado na equipa da Intervenção Precoce (IP) é essencial existir responsabilidade partilhada na participação e na tomada de decisões, mas essencialmente na articulação entre ambos, através de um trabalho de parceria e de interajuda. Entre o educador do ensino regular e o de educação especial existem saberes e competências que devem ser partilhados para que se possam providenciar os meios necessários para uma inclusão de qualidade, na qual se envolveria toda a comunidade educativa, pois a especificidade de conhecimento e prática encontra-se intimamente relacionada com a partilha de objetivos, decisões e responsabilidades que apela à abertura e ao respeito mútuo entre todos os elementos, igualdade relacional e à participação voluntária (Formosinho, 1998).

Segundo as orientações para a educação pré-escolar (2016), os princípios e fundamentos educativos no dia a dia do jardim de infância exige um/a profissional que está atento/a à criança e que reflete sobre a sua prática, com um interesse contínuo em melhorar a qualidade da resposta educativa.

A intencionalidade do/a educador/a, que caracteriza a sua intervenção profissional, exige-lhe que reflita sobre as conceções e valores subjacentes às finalidades da sua prática: papel profissional, imagem da criança, o que valoriza no que as crianças sabem e fazem e no modo como aprendem. Esta intencionalidade permite-lhe atribuir sentido à sua ação, ter um propósito, saber o porquê do que faz e o que pretende alcançar (Orientações curriculares para a educação pré-escolar, 2016).

## **2. Intervenção Precoce**

Hoje a intervenção precoce é encarada como um conjunto de serviços e apoios, que podem ser prestados em diferentes contextos, e que se desenvolvem com base numa relação de parceria com a família, com o objectivo de promover o desenvolvimento das crianças, em idades precoces, com deficiências ou incapacidade, atraso de desenvolvimento ou em risco grave de atraso de desenvolvimento, e de melhorar a sua qualidade de vida, assim como a das suas famílias (Tegethof, 2007, p.68).

Deste modo, podemos depreender que a IP constitui um conjunto de medidas de apoio à criança e à sua família, prestado a vários níveis, nomeadamente na educação, saúde e ação social. Procura-se, sob este denominador, englobar uma diversidade de medidas que permitam à criança e à família uma integração na comunidade, usufruindo dos seus direitos e desenvolvendo as aptidões necessárias a que a integração plena aconteça.

A IP surge como uma evolução natural dos programas de EE já existentes, por volta das décadas de 60 e 70 do século XX, mais propriamente nos Estados Unidos da América. Em 1965, surgiu um dos principais programas da era inicial da intervenção precoce: o programa Head Start. Segundo Love, Tarullo, Raikos & Chazan-Cohen (2008), “O Head Start foi um programa do Governo norte-americano que se focou nas crianças na idade pré-escolar, mais concretamente vindas de famílias com fatores de risco económico, social, de saúde e/ou de saúde mental” (p.550). Este programa pretendia aumentar as competências das crianças vindas de famílias com baixos rendimentos, competências essas que passavam pelo desenvolvimento cognitivo, intelectual e social, assim como a sua saúde física e mental (Love et al., 2008).

Estes primeiros programas, apesar do sucesso que tiveram em algumas áreas, nomeadamente ao nível do comportamento (Love et. al, 2008), apenas se preocupavam isoladamente com o problema existente no desenvolvimento da criança, sem ter em consideração o ambiente que a envolve, atuando numa perspetiva médico-terapêutica. Assim sendo, os primeiros programas de IP preocuparam-se apenas em centrar-se na criança, utilizando abordagens monodisciplinares, e normalmente procurando atenuar em primeiro lugar o problema médico, não prestando a devida atenção ao papel fundamental que a família desempenha sobretudo na vida de uma criança pequena (Costa, 2002; Pimentel, 1999; Tegethof, 2007).

No entanto, e porque com o tempo e a prática os investigadores foram-se apercebendo da importância da família, assim como de vários domínios de especialidade trabalharem em conjunto, assistiu-se a uma evolução gradual de um conjunto de programas centrados na criança, com práticas, muitas vezes, monodisciplinares e fragmentadas, para programas centrados na família, que progressivamente começaram a envolver a comunidade, dando origem ao terceiro parceiro da intervenção (Tegethof, 2007). A prestação de serviços evoluiu para uma prática transdisciplinar, na qual intervêm serviços como o sistema de saúde, a segurança social e as instituições educativas, em estreita colaboração, não só entre eles, mas com outros recursos da comunidade (tais

como instituições de apoio social), no apoio prestado às crianças e às suas famílias (Pereiro, 2000; Tegethof, 2007).

Ao longo da sua história, a IP tem vindo a procurar o equilíbrio entre dois objetivos por vezes contraditórios: diferenciar-se como um sistema separado dos grandes serviços para a infância (apesar de coordenar os diferentes apoios prestados por esses mesmos serviços), e trabalhar no sentido da inclusão do seu grupo de clientes (a criança e a sua família) na sua comunidade local (Johnston, 2006).

Em relação às áreas que influenciam a IP em termos de contributos conceptuais, e que acabam por justificar a sua prática, segundo Franco (2007), e Franco e Apolónio (2009), estas são essencialmente três: a investigação sobre o desenvolvimento dos bebés, as perspetivas contextuais e ecológicas do desenvolvimento, e, mais recentemente, as neurociências. Destas últimas, a IP recebe a ênfase na plasticidade neurológica dos bebés e das crianças pequenas, que permite que uma intervenção que ocorra mais precocemente, possa ter maior impacto e maior probabilidade de alcançar os resultados desejados. Por sua vez, a investigação na área do desenvolvimento infantil, permitiu atribuir uma importância fundamental à relação mãe-bebé, chamando a atenção para o facto de a boa qualidade das relações desempenhar um papel fulcral no desenvolvimento das crianças, dado que o meio é dado a conhecer à criança pelo cuidador, sendo por isso desejável que a relação que se estabelece seja o mais enriquecedora possível, ou seja, que forneça as oportunidades de aprendizagem que permitam o desenvolvimento das potencialidades da criança. Isto contribuiu para se passar a dar mais valor às interações precoces no processo de desenvolvimento, levando a que, de uma intervenção centrada exclusivamente na criança, se evoluísse para uma intervenção mais preocupada com a qualidade e natureza das interações (Sameroff & Fiese, 2000). Por outro lado, as perspetivas contextuais e ecológicas do desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1979) evidenciaram que este não se encontra apenas relacionado com os processos internos ou as interações, mas também com as relações que a criança estabelece com os diferentes contextos que a envolvem: a família, a escola, a comunidade, e a cultura onde se insere. Assim, a abordagem ecológica do desenvolvimento proposta por Bronfenbrenner chama a atenção para a importância de se estudar a criança nos sistemas ecológicos em que esta se desenvolve, nomeadamente partindo do enquadramento do lar (microsistema), passando por sistemas mais abrangentes como o escolar (mesossistema), e

abrangendo por fim os padrões sócio-culturais que afetam o meio em que a criança está inserida (macrossistema) (Garbarino & Ganzel, 2000; Papalia, Olds & Feldman, 2001). Em Portugal, a 6 de outubro de 2009, com o decreto-lei 281/2009, foi criado o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) que tem como objetivo assegurar o direito à plena participação e inclusão social de todas as crianças dos 0 aos 6 anos. “O Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), consiste num conjunto organizado de entidades institucionais e de natureza familiar, com vista a garantir 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 no desenvolvimento.” (Decreto Lei nº281/2009)

Nesse decreto, a IP é definida como “o conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social”.

Deste modo, o SNIPI deverá refletir o conjunto de respostas da sociedade portuguesa para o apoio às famílias com crianças que manifestam problemas no seu desenvolvimento ou que estão em risco de manifestar. Deverá ser um apoio desde os primeiros momentos em que a família se vê confrontada com a problemática e deverá corresponder à necessidade de estabelecer novas expectativas acerca do futuro. Isto é, depois das expectativas destruídas, há que fomentar nestas famílias o processo de reajustamento a uma nova realidade.

De acordo com o Decreto-lei 281/09 de 6 de outubro, são elegíveis para apoio no âmbito do SNIPI, as crianças entre os 0 e os 6 anos e respetivas famílias, que apresentem condições incluídas nos seguintes grupos:

1. Alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam o normal desenvolvimento e a participação nas atividades típicas, tendo em conta os referenciais de desenvolvimento próprios, para a respetiva idade e contexto social;
2. Risco grave de atraso de desenvolvimento pela existência de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança.

São elegíveis, para acesso ao SNIPI, todas as crianças do 1º grupo e as crianças do 2º, que acumulem 4 ou mais fatores de risco biológico e/ou ambiental.

## **2.1. Serviços prestados à família**

A IP promove um trabalho transdisciplinar envolvendo diferentes profissionais. Após a detecção e sinalização de NEE na criança, a IP tem como principal objetivo intervir em função das necessidades do contexto familiar de cada criança, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento. Proporciona ainda apoio às famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas da segurança social, da saúde e da educação (Fuentes, 2016).

É fundamental que as famílias com crianças com NEE procurem ajuda junto de diferentes profissionais, tais como, médicos, psicólogos, educadores e outros técnicos, que devem proporcionar todo o apoio possível, para lhes fornecerem toda a informação necessária acerca da incapacidade, e que os ajudem a aceitar essas crianças, que lhes demonstrem solidariedade, para que em nenhum momento se sintam sós, desamparadas e isoladas. Deverá ser fomentado o vínculo afetivo entre pais e filhos, por parte dos profissionais, para que esse vínculo favoreça a harmonia entre ambos.

É fundamental que esta criança se sinta amada e parte integrante da família, pois só assim irá proporcionar um equilíbrio e estímulo para o seu desenvolvimento (Correia, 1997).

O apoio ao nível educativo a crianças com NEE deve ser efetuado o mais precocemente possível. Toda a educação deve começar precocemente, mesmo a da criança que evolui e progride normalmente (Marchesi, A. Coll, C. & Palacios, J., 1995). É de importância extrema iniciar a IP desde as primeiras semanas de vida em relação à criança com problemas de desenvolvimento pois, de acordo com vários estudos realizados, chega-se à conclusão que as influências ambientais no comportamento e no desenvolvimento da criança nos seus primeiros anos de vida são muito fortes. Desta forma, conclui-se que o diagnóstico precoce dos problemas de desenvolvimento, que por vezes é efetuado logo à nascença, vai contribuir para orientar de forma adequada, programas educacionais durante esse período (Marchesi et al, 1995).

Assim, deve existir uma articulação urgente e necessária entre os serviços de saúde e da educação em relação à IP (Fonseca, 1989).

A participação dos pais nos programas de IP torna-se fundamental, porque conduz a resultados favoráveis no desenvolvimento de capacidades na criança. É então necessário envolver os pais de forma ativa na IP, pois eles poderão ser os primeiros intervenientes na criação de estímulos e outras condições básicas de aprendizagem.

Toda a criança necessita de ser estimulada para atingir uma determinada fase de desenvolvimento, quando se trata de crianças com NEE, essa estimulação vai atingir um papel muito mais importante. É importante que os pais efetuem essa estimulação num ambiente seguro e adequado, dando todo o carinho e atenção necessários para proporcionar um bom desenvolvimento global da criança (Abreu, L., Sequeira, A. & Escoval, A., 1990).

## **2.2. Aceitação da Família**

Enquanto se espera o nascimento de um filho, é muito habitual os pais investirem bastante, quer em termos materiais quer em termos emocionais. Sonha-se com um filho saudável, que seja a sua autoimagem e que vá assegurar o nome e a tradição familiar (Batista & França, 2007; Rebelo, 2008; Pimentel, 2004).

Apesar do período de gravidez e do nascimento propriamente dito marcarem formalmente a realidade de um novo elemento familiar, em todas as famílias a idealização da criança, bem como os pequenos e grandes sonhos, são delineados muito antes do nascimento. Os pais criam expectativas, projetando o seu desejo de perfeição e por vezes essas expectativas não são alcançadas. São diversos os autores que se referem ao paradoxo da existência imaginária do bebé (Roussel, 1995; Sá & Cunha, 1996; Gronita, 2008). Os sentimentos de rejeição pelo facto de a criança ser diferente surgem quando os pais percebem que o bebé “idealizado” não corresponde ao bebé “chegado” (Gomes, 2007).

O imaginário pré-natal dos pais é composto tendencialmente pela dimensão da perfeição, no entanto, também se encontram presentes as componentes da saúde, do bem-estar e da deficiência (Costa, 2012). Nestas dimensões, onde paira a ameaça, o receio e o medo, é que surgem os primeiros momentos de ansiedade, de preocupação e de um nível de stress mais vincado. No que respeita às expectativas familiares que antecedem o nascimento da criança, torna-se então perceptível a existência de uma realidade complexa, onde se misturam as mais elevadas expectativas, geradoras do sonho e da felicidade, com os medos e as crenças, de quem deseja que o bebé nasça sem “problemas” e se desenvolve o medo de uma saúde deficitária. A interação da mãe com o feto manifesta-se, desde logo, durante a gestação. Durante esta fase simbiótica, não só a nível físico, mas também emocional, a mãe adapta-se ao seu filho e aprende

a conhecê-lo, gerando-se as trocas em que o bebé ouve a voz da mãe e inicia processo de interação com o meio exterior (Costa, 2012).

As reações dos pais à informação de que o seu filho é uma criança com NEE têm sido comparadas às experiências de perda de alguém amado, por morte ou separação (O'Hara & Levy, 1984). Deste modo, também os pais irão atravessar um período de luto por um filho que tinha sido idealizado. De facto, estes pais atravessam a perda de um filho idealizado e sonhado e recebem em seu lugar um outro completamente diferente, que normalmente não estão preparados para aceitar.

É habitual os pais conviverem com os seus sentimentos através da criação de mecanismos de defesa: negação, quando os pais não aceitam que há algo errado com os seus filhos, superproteção, tentam proteger demasiado os filhos, e a projeção, onde os pais colocam todas as responsabilidades nos técnicos e noutros profissionais. São padrões de defesa tomados sobre grande tensão e exigem um enorme gasto de energia (O'Hara & Levy, 1984).

Segundo alguns autores, não existem apenas atitudes negativas aquando o nascimento de uma criança com deficiência. Muitos pais assumem uma atitude de aceitação e conseguem ajustar-se à situação. É referido que existe um padrão de reação que passa por vários estádios e culmina na aceitação (Correia, 1997).

O nascimento, ou o diagnóstico de uma criança com NEE, é, por si só, uma situação inesperada e perturbadora que pode despoletar reações variadas, sendo necessária uma nova organização por parte da família, com o objetivo de alcançar um melhor ajustamento e adaptação à criança. Esta adaptação da família à criança irá depender da gravidade das NEE e dos recursos familiares, desencadeando diferentes níveis de stress, ansiedade e angústia na família (Pereira, 1996).

Os pais de crianças com NEE enfrentam inúmeras situações, desafios e circunstâncias que os outros pais nunca enfrentarão. A literatura tem-se debruçado no estudo das reações dos pais de crianças com NEE e nas várias fases pelas quais uma família pode passar perante estas situações. Martins e Alves (2013) apresentam uma revisão da literatura, baseada nas fases transversais, salvaguardando a existência de casos em que os pais não conseguem ultrapassar as dificuldades, não alcançando por isso uma aceitação plena da situação (tabela 1).

**Tabela 1*****Fases e reações das famílias às NEE dos seus filhos***

| <b>Fases/ Reações</b>     | <b>Descrição</b>  | <b>Autores</b>   |
|---------------------------|---|--|
| 1ª Fase<br>Choque Inicial | O primeiro confronto com a notícia de ter um filho com NEE, caracterizado pela incapacidade de reação por parte dos pais.     | Buscaglia, 1993; Góngora, 1998; Niela, 2000; Glat, 2004.     |
| 2ª Fase<br>Negação        | Os pais procuram minimizar a situação, desvalorizando-a.  | Buscaglia, 1993; Góngora, 1998; Glat, 2004; Carvalho, 2005.  |
| 3ª Fase<br>Reação         | Após a tomada de consciência da realidade, os pais começam a empreender e a esforçar na tentativa de auxiliar os seus filhos. | Niela, 2000; Glat, 2004.                                     |
| 4ª Fase<br>Adaptação      | Os pais começam a organizar-se em torno das necessidades e características da criança com NEE.                                | Buscaglia, 1993; Góngora, 1998; Niela, 2000; Carvalho, 2005. |

**Fonte:** Martins e Alves (2013, p.5)

A fase inicial equivale a um choque em que os sentimentos são confundidos e surge a incapacidade de raciocínio. Seguidamente, na fase dois, vem a negação, em que os pais se recusam a aceitar a realidade, tentam minimizar a situação, desvalorizando-a. Posteriormente a incredulidade, com os sentimentos de culpa e a autocensura, passando à frustração, raiva, depressão, e em muitos casos, o desânimo, onde é evidenciado a desorganização ao nível das emoções. O sentimento de revolta também se evidencia, sendo projetado, muitas vezes, nos médicos, na própria criança ou mesmo no cônjuge (Pereira, 1998).

Na terceira fase, a família começa a reagir e a adaptar-se à nova realidade e inicia os esforços na tentativa de auxiliar o seu filho, procurando reencontrar o equilíbrio do sistema familiar.

A última fase, que temos descrita na tabela 1, é iniciada quando a família passa a organizar-se, tendo em conta as necessidades e características da criança (Martins & Alves, 2013).

No entanto, Glat (2004) acrescenta a estas quatro fases, uma quinta: os pais vivenciam o luto e a depressão, antes até de entrarem na fase de aceitação e adaptação.

As famílias com crianças com NEE podem ter conhecimento do problema do bebé durante a gravidez, quando ocorre o nascimento, ou mesmo mais tarde, quando entram no pré-escolar ou no 1º ciclo do ensino básico (Ray, Pewit-Kinder, & George, 2009).

Embora as reações das famílias estejam relacionadas com a idade da criança, com a gravidade da incapacidade ou com os valores culturais, os estudos, neste âmbito, mostram que a profunda tristeza se mantém durante todo o processo, bem como a raiva, e, não raras vezes, a depressão, dificultando a aceitação da incapacidade. Aceitar o diagnóstico pode levar anos (Muscott, 2002, citado por Ray et al., 2009, p.16).

A adaptação dos pais à nova condição de vida do filho e deles próprios pode passar pelo confronto com diferentes dificuldades. Muitos pais questionam a sua capacidade para lidar com os problemas, outros culpabilizam-se pela condição dos filhos, numa mistura de receios e angústia (Cêpeda, 2014).

## **Parte II – METODOLOGIA**

### **3. Definição do Problema e Questões orientadoras do estudo**

A comunicação de sinais de risco à família é um desafio ao educador (tanto para o educador da prática regular como do educador especializado inserido em equipas). Para as famílias, esse pode ser um período de sentimentos ambivalentes que requer adaptação (Nielsen, 1999). Em muitos casos, revela-se um percurso lento e doloroso o que se justifica pela maior ou menor vulnerabilidade das famílias (Nielsen, 1999).

As reações dos pais à informação de que o seu filho é uma criança com NEE têm sido comparadas às experiências de perder alguém amado, por morte ou separação (O'Hara & Levy, 1984). Assim, também os pais atravessam um período de luto pela perda do filho idealizado. É como se tivesse ocorrido uma privação de um filho, a morte do filho desejado e sonhado, e receberam em seu lugar um outro completamente diferente, para o qual não estão preparados. Muitos pais enfrentam uma nova realidade inesperada que pode causar sofrimento, confusão, frustração, medo ou incerteza face ao futuro (Buscaglia, 1997).

Os pais frequentemente consultam os pediatras quando o processo normal de idealização do bebé é destruído. São situações em que o bebé, longe de alimentar o amor-próprio dos pais, se torna uma fonte de desilusão. Inconscientemente encaram a incapacidade da criança como se ela fosse reveladora das incapacidades ocultas neles próprios. É como se essa incapacidade da criança exibisse claramente perante a sociedade uma incapacidade dos pais. A reação de desapontamento e desgosto é particularmente pronunciada se a criança tem algo visível, em especial na cara, ou numa doença que lhe afeta o sistema nervoso central ou a visão (Brazelton & Cramer, 1989).

A comunicação entre o professor e a família é afetada por três aspetos relacionados com a família: a formação pessoal dos pais, crenças e valores, fatores contextuais, ou seja, as condições financeiras, habitacionais, o tempo disponível e o grau de severidade da doença (e.g., Seatersdal, 1997, Turnbull, 1990). Do lado dos profissionais, a comunicação com a família dependerá da confiança e empatia estabelecida, a formação e o interesse destes técnicos (e.g., Seatersdal, 1997, Turnbull, 1990).

Com a realização desta investigação pretende-se contribuir para o conhecimento das representações das famílias com crianças com NEE e as representações dos educadores acerca do processo de comunicação de sinais de risco. Pretende-se contribuir com testemunhos de educadores que vivenciam esta problemática, para conhecer os sentimentos, experiências e estratégias utilizadas durante a sua prática.

Pretendemos também contribuir com testemunhos das famílias com crianças com NEE, acerca do processo de comunicação de sinais de risco, tanto no que se refere à forma como foram informadas como às reações e os sentimentos sentidos.

Assim sendo, o estudo aqui apresentado irá ter como ponto de partida as seguintes questões orientadoras:

- De que forma os educadores de infância comunicam com os pais ao detetarem sinais de risco na criança num caso específico?
- Quais as representações dos educadores de infância na comunicação aos pais dos sinais de risco?
- Quais as representações das famílias na fase inicial da comunicação dos sinais de risco?

## **Objetivos do estudo**

O presente estudo procura conhecer as representações dos Educadores de Infância na comunicação de sinais de NEE às famílias e identificar as necessidades da família durante e após essa comunicação.

## **Objetivos específicos:**

No processo de comunicação dos sinais de risco à família pretende-se:

- Caracterizar a forma como a família foi informada quanto aos sinais de risco.
- Identificar as representações das famílias na fase inicial da comunicação dos sinais de risco.
- Conhecer se os pais já tinham alguma perceção em relação aos sinais de risco da criança.
- Caracterizar o apoio recebido e o seu papel na aceitação plena da criança.
- Identificar quem prestou o primeiro apoio após a comunicação dos sinais de risco.
- Conhecer as formas como a família lida com os sinais de risco.
- Identificar formas de aproximar as famílias e educadores durante o processo de comunicação de sinais de risco.
- Identificação de novas estratégias na comunicação dos sinais de risco às famílias.

- Conhecer a representação do educador acerca da reação da família quanto à problemática da criança.
- Conhecer a perspetiva do educador face ao quadro de desenvolvimento da criança.
- Identificar as preocupações dos educadores ao detetarem sinais de risco na criança.
- Conhecer o modo e tipo de intervenção do educador junto dos pais.
- Conhecer as representações dos educadores na comunicação aos pais dos sinais de risco.

#### 4. Participantes

Para a realização do estudo, contactámos quatro famílias com crianças com NEE na área cognitiva e respetivas educadoras.

No roteiro de anamnese (anexo A), preenchido com os pais, pudemos recolher alguns dados sociodemográficos dos entrevistados, sintetizados na tabela 2.

A amostra foi constituída por conveniência, visto que quatro educadoras e duas mães participantes se envolveram no estudo de forma voluntária. Foram convidadas a participar outras famílias/educadoras de outras instituições que ao longo do tempo da realização deste estudo acabaram por desistir.

**Tabela 2**

***Comparativo das famílias entrevistadas***

|           | Grau de parentesco | Idade | Nacionalidade | Escolaridade | Profissão                     | Estado Civil      | Nº de filhos |
|-----------|--------------------|-------|---------------|--------------|-------------------------------|-------------------|--------------|
| <b>M1</b> | Mãe                | 35    | Portuguesa    | 12º ano      | Auxiliar<br>Ação<br>Educativa | Casada            | 1            |
| <b>M2</b> | Tia                | 48    | Portuguesa    | 5º ano       | Doméstica                     | Casada            |              |
| <b>M3</b> | Mãe                | 31    | Portuguesa    | 9º ano       | Auxiliar<br>Ação<br>Educativa | União<br>de facto | 1            |
| <b>M4</b> | Mãe                | 38    | Portuguesa    | Licenciatura | Consultora<br>imobiliária     | Solteira          | 2            |

De igual forma, recolhemos os elementos identificadores das Educadoras e a Técnica de intervenção precoce, apresentados na tabela 3.

**Tabela 3**

***Comparativo das Educadoras e Técnica de intervenção precoce entrevistadas***

|             | Idade | Anos de Serviço | de Resposta educativa em que se encontra atualmente | Formação / workshop em NEE | Outros casos de Crianças com sinais de risco |
|-------------|-------|-----------------|---|----------------------------|--|
| <b>E1</b>   | 49    | 25              | Pré-escolar   | Sim                        | Sim  |
| <b>T1.1</b> | 58    | 30              | Técnica de intervenção precoce                      | Sim                        | Sim  |
| <b>E2</b>   | 45    | 9               | Pré-escolar   | Sim                        | Sim  |
| <b>E3</b>   | 35    | 14              | creche  | Não                        | Não  |
| <b>E3.1</b> | 53    | 27              | Pré-escolar   | Sim                        | Sim  |
| <b>E4</b>   | 38    | 4               | Creche  | Não                        | Sim  |
| <b>E4.1</b> | 38    | 14              | Creche  | Sim                        | sim  |

## **5. Desenho do estudo**

Tendo em conta as questões orientadoras e os objetivos propostos, propomos um estudo qualitativo com quatro famílias com crianças com NEE, com recolha de entrevistas.

Num estudo de natureza qualitativa, os investigadores direcionam a sua atenção para o modo como decorre a investigação e não tanto para o que resulta da investigação, já que o processo se sobrepõe ao produto (Bogdan & Biklen, 1994).

A abordagem qualitativa é uma forma de melhor compreender os comportamentos a partir da perspetiva dos participantes na investigação, é realizada em função do contato estreito com as pessoas que aceitam colaborar com o investigador, de preferência, nos seus contextos naturais (Bogdan & Biklen, 1994).

A utilidade de determinado estudo qualitativo decorre da capacidade que tem de gerar teoria, descrição ou compreensão.

Os investigadores de cariz qualitativo tentam descrever de forma sistemática, as características das variáveis e fenómenos, no sentido de construir e refinar categorias conceptuais, de descobrir e validar associações entre eles, ou de comparar constructos e postulados elaborados através da observação dos mesmos, num determinado contexto, com acontecimentos semelhantes centralizados num outro contexto (Goetz & LeCompte, 1984).

## **6. Recolha e tratamento de dados**

Inicialmente foram entregues os consentimentos informados aos estabelecimentos de ensino (Anexo B) e aos participantes educadoras (Anexo C) e Pais (Anexo D) para a realização das entrevistas.

A entrevista permite a recolha de dados de opinião e cria condições para que o entrevistado fale abertamente, o que não impede o entrevistador de ir reencaminhando a entrevista para os objetivos que pretende alcançar sempre que isso se torne necessário. Deste modo, o entrevistador vai levantando uma série de questões que pretende abordar, mas deixando sempre ao entrevistado “a possibilidade de moldar o seu conteúdo” (Bogdan & Biklen, 1994).

A técnica de recolha de dados utilizada para a concretização deste estudo foi a realização de entrevistas semiestruturadas. A finalidade das entrevistas realizadas consistiu na recolha de dados de opinião que permitiram fornecer pistas para a caracterização do processo em estudo.

Foi utilizada a entrevista semiestruturada no sentido em que não é nem inteiramente aberta, nem encaminhada por um grande número de perguntas precisas. Geralmente, o investigador dispõe de uma série de perguntas guia, relativamente abertas, a propósito das quais é necessário receber uma informação da parte do entrevistado (Quivy & Campenhoudt, 1992).

Com este tipo de entrevista pretendeu-se abordar aspetos afetivos e valorativos dos entrevistados de forma a expressarem significados pessoais a respeito das suas atitudes e comportamentos de forma espontânea (Estrela, 1990).

A entrevista revela-se, assim, uma técnica interativa já que pressupõe uma interação pessoal entre o investigador e os participantes.

No nosso estudo, a entrevista permitiu-nos ouvir, gravar pais e educadores possibilitando-nos a informação de como os entrevistados interpretam a sua experiência

ao comunicar ou lhes ser comunicado quanto aos sinais de risco detetados na criança. Sendo um tema tão delicado, era fundamental ouvir os entrevistados em discurso direto. A nossa entrevista partiu de dois guiões de entrevista um para as famílias (anexo E) e outro para os educadores de infância (anexo F). O guião de entrevista às famílias está organizado em quatro domínios. O primeiro domínio, a *Legitimação da entrevista*, permitiu informar o entrevistado sobre os objetivos do estudo e os objetivos específicos da entrevista, serve igualmente para criar empatia entre o entrevistador e os participantes e garantir a confidencialidade das informações partilhadas durante a entrevista.

No segundo domínio, a *Comunicação dos sinais de risco*, pretendemos caracterizar a forma como a família foi informada quanto aos sinais de risco, identificar as representações das famílias na fase inicial da comunicação dos sinais de risco e tentámos de igual forma conhecer se os pais já tinham alguma perceção em relação aos sinais de risco do seu filho.

No terceiro domínio, a *Aceitação*, pretendemos caracterizar o apoio recebido e o seu papel na aceitação plena da criança, identificar quem prestou o primeiro apoio após a comunicação dos sinais de risco e conhecer as formas como a família lida com os sinais de risco.

Por último no domínio, *Contribuição para os educadores*, pretendemos identificar as formas de aproximar as famílias e educadores durante o processo de comunicação dos sinais de risco e identificação de novas estratégias na comunicação dos sinais de risco às famílias.

Achámos pertinente acrescentar uma pergunta oculta ao guião, caso a entrevista não se revelasse suficiente para a recolha das informações pretendidas.

O guião de entrevista aos Educadores de Infância é de igual modo organizado em quatro domínios. O primeiro domínio, a *Legitimação da entrevista*, permitiu informar o entrevistado sobre os objetivos do estudo e os objetivos específicos da entrevista, serve igualmente para criar empatia entre o entrevistador e os participantes e garantir a confidencialidade das informações partilhadas durante a entrevista.

No segundo domínio, a *Compreensão do contexto familiar*, pretendemos conhecer a representação do educador acerca da reação da família quanto à problemática da criança.

No terceiro domínio, *Compreensão do quadro de desenvolvimento*, pretendemos conhecer a perspetiva do educador face ao quadro de desenvolvimento da criança e identificar as preocupações dos educadores ao detetarem sinais de risco na criança.

No último domínio, *Intervenção do educador junto dos pais*, tentámos conhecer o modo de intervenção do educador junto dos pais e conhecer as representações dos educadores na comunicação aos pais dos sinais de risco.

Finalizámos os dois guiões de entrevistas agradecendo e valorizando a colaboração do entrevistado para a realização deste trabalho.

Após a realização das entrevistas, gravadas em áudio, procedemos à sua audição e transcrição (anexo G).

O tratamento de dados foi realizado por análise dos conteúdos recolhidos (anexo H) nas entrevistas semiestruturadas às famílias e educadores das crianças que apresentam sinais de risco, procurando que a interpretação dos resultados contribua para dar resposta às questões de investigação aqui colocadas.

A técnica de análise de dados, na nossa investigação, surge como uma ferramenta para a compreensão da construção dos significados que os participantes do estudo transmitem nas suas respostas às questões da entrevista, as suas vivências quando comunicaram/ou lhe foram comunicados os sinais de risco na criança.

A análise de conteúdo engloba formas de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo de comunicações, no sentido de se realizarem deduções lógicas e justificadas.

A análise de conteúdo constitui um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (Bardin, 1977).

Segundo Coutinho (2018), é usual considerar dois tipos de análise de conteúdo: aqueles que fazem intervir categorias pré-definidas anteriormente à análise propriamente dita, e aqueles que não as fazem intervir, tendo por isso um carácter puramente exploratório (Ghiglione & Matalon, 1997).

A tipologia de análise de conteúdo por nós utilizada neste estudo foi a análise temática ou categorial que consiste em operações de desmembramento do texto em unidades de registo.

Na técnica de análise de Conteúdo existem três fases (Bardin1977):

- Pré-análise;
- Exploração do material;
- Tratamento dos dados.

Assim sendo, as regras estabelecidas por Bardin relativamente à exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência foram levadas em atenção no nosso estudo. Começámos por ouvir todas as entrevistas e transcrevê-las, identificámos as categorias e subcategorias que correspondiam às áreas contempladas nos objetivos do estudo.

Procurámos que as categorias fossem exaustivas, objetivas e pertinentes tentando ignorar aspetos que fossem fora do conteúdo dos objetivos propostos para a nossa investigação.

A realização de uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que constituem a comunicação e cuja presença pode significar algo para o objetivo escolhido.

No nosso estudo foi utilizada a análise documental através da consulta do boletim de nascimento das crianças com sinais de risco (Anexo I) e do preenchimento de um roteiro de anamnese (Anexo A).

O estudo de documentos é fundamental e depende sempre da natureza dos documentos a analisar, escritos ou não, oficiais ou não oficiais, públicos ou privados, individuais ou coletivos, abertos ou fechados, didáticos, científicos, etc., da quantidade de documentos a analisar, o que influencia e determina a maior ou menor exaustividade do estudo e do objeto e finalidades da própria investigação, com caráter mais exploratório ou mais confirmatório (Ketele & Roegiers, 1996).

## **7. Apresentação Geral de Categorias**

Seguidamente apresentaremos um quadro geral de todas as categorias e subcategorias construídas a partir das respostas dadas pelos participantes, tendo presentes os objetivos descritos nos guiões da entrevista (anexos E e F), bem como o objeto de estudo da investigação. A designação das categorias é seguida por uma definição conceptual das mesmas.

### **7.1. Apresentação geral de categorias**

Na tabela 4 indicamos as categorias e subcategorias construídas para o guião de entrevista direcionado às famílias, de acordo com os objetivos do mesmo, assim como o nosso objeto de investigação. Deste modo, na primeira categoria denominada *Comunicação de sinais de risco*, pretendemos através das subcategorias *Quando teve conhecimento*, *Como recebeu a informação*, *Abordagem do educador*, *Deteção de sinais de alerta*, *Como reagiu* e *as Dificuldades sentidas*, conhecer quando foram anunciados os sinais de risco, quem transmitiu e de que forma, que reações provocou na família, bem como que sentimentos e pensamentos despertou na mesma.

Na categoria *Aceitação* que contempla as subcategorias *Obteve a informação necessária*, *Apoios* e *A família soube lidar com os sinais de risco* foi nosso propósito conhecer se a família aceita esses sinais de risco na criança, se obteve toda a informação necessária para poder lidar com os sinais de risco do seu filho e conseguir transmiti-los à restante família e se está a beneficiar de algum tipo de apoio.

Com a categoria *Contribuição para os educadores*, que compreende a subcategoria *como a escola e os educadores devem lidar com os sinais de risco* foi nossa intenção conhecer se as famílias têm alguns conselhos destinados aos educadores de infância e/ou escolas de forma a que essa comunicação seja feita de forma mais eficaz.

Por último, na categoria *Expetativas atuais*, que compreende a subcategoria *Representações dos pais relativamente aos sinais de risco*, tivemos como objetivo conhecer os receios da família em relação à sua criança, tanto no presente como no futuro.

Na tabela 5 indicamos as categorias e subcategorias construídas para o guião de entrevista direcionado aos educadores, de acordo com os objetivos do mesmo, assim como o nosso objeto de investigação.

**Tabela 4**

***Apresentação geral de categorias e subcategorias - Famílias***

| <b>CATEGORIAS</b>                     | <b>SUBCATEGORIAS</b>  |
|---------------------------------------|---|
| <b>Comunicação de sinais de risco</b> | Quando teve conhecimento<br>Como recebeu a informação<br>Abordagem do educador<br>Deteção de sinais de alerta<br>Como reagiu<br>Dificuldades sentidas |
| <b>Aceitação</b>                      | Obteve a informação necessária<br>Apoios<br>A família soube lidar com os sinais de risco  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Contribuição para os educadores</b> | Como a escola e os educadores devem lidar com os sinais de risco |
| <b>Expetativas atuais</b>              | Representações dos pais relativamente aos sinais de risco        |

Na Tabela 5, na primeira categoria denominada *Compreensão do contexto familiar*, pretendemos através das subcategorias *Reação da família à problemática da criança* e *Reação da família após comunicação dos sinais de risco*, conhecer as representações da família ao serem abordadas acerca deste tema.

Na categoria *Compreensão do quadro de desenvolvimento*, que contempla as subcategorias *características mais evidentes*, *Ajudas de outros profissionais* e *Necessidade de mais apoios* tivemos como objetivo identificar quais as características da criança que levaram os educadores a verificar a existência de sinais de risco na criança e também perceber se tiveram apoios ou se sentem essa necessidade.

Com a categoria *Intervenção junto dos pais*, que compreende as subcategorias *Principal meio de comunicação*, *Abordagem ao detetar sinais de risco*, *Reação da família* e *Trabalho colaborativo* tentámos conhecer a forma como os educadores comunicam com as famílias, como comunicam ao detetar sinais de risco, quais as reações da família segundo o ponto de vista das educadoras e se existe um trabalho colaborativo com estas famílias.

Na categoria *Representações do Educador*, que compreende a subcategoria *Receios e expetativas*, pretendemos conhecer como se sente o profissional de educação ao comunicar com as famílias acerca dos sinais de risco e as suas expetativas perante o futuro.

Por último, a categoria *Outros casos de crianças com sinais de Risco* que compreende as subcategorias *Existência de outros casos* e *Aceitação da intervenção* permite-nos identificar se as educadoras tiveram outros casos de crianças com sinais de risco e contarem experiências vividas em anos anteriores acerca desta temática.

**Tabela 5**

***Apresentação geral de categorias e subcategorias – Educadores e Técnica de Intervenção Precoce***

| <b>CATEGORIAS</b>                       | <b>SUBCATEGORIAS</b>                        |
|---|---|
| <b>Compreensão do contexto familiar</b> | Reação da família à problemática da criança |

---

|   |   |
|---|---|
|   | Reação da família após comunicação dos sinais de risco  |
| <b>Compreensão do quadro de desenvolvimento</b>     | Características mais evidentes<br>Ajuda de outros profissionais<br>Necessidade de mais apoios                       |
| <b>Intervenção junto dos pais</b>                   | Principal meio de comunicação<br>Abordagem ao detetar sinais de risco<br>Reação da família<br>Trabalho colaborativo |
| <b>Sentimentos da educadora/ técnica</b>            | Receios e expetativas   |
| <b>Outros casos de crianças com sinais de risco</b> | Existência de outros casos<br>Aceitação da intervenção  |

---

## **PARTE III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

## 8. Análise dos Resultados

### 8.1 Perspetiva das famílias

#### 8.1.1. Comunicação de sinais de risco - Quando teve conhecimento

No que respeita à tomada de conhecimento, verificamos pela análise de conteúdo das entrevistas que três mães referem que tomaram conhecimento dos sinais de risco da criança entre os 18 meses e os 3 anos de idade e apenas uma refere não se lembrar (ver tabela 6).

Tabela 6

*Comunicação de sinais de risco – Quando teve conhecimento*

| Categoria                      | Subcategoria             | Unidades de registo   |
|--------------------------------|--------------------------|---|
| Comunicação de sinais de risco | Quando teve conhecimento | <b>M1</b> – “(...) quando ela tinha mais ou menos 2 anos (...)<br><b>M2</b> – “(...) Sei lá quando é que isso foi, foi o ano passado que começamos com isso.”<br><b>M3</b> – “Relativamente com quase 3 anos.”<br><b>M4</b> – “Aos 18 meses.” |

#### 8.1.2. Como recebeu a informação

Na subcategoria *Como recebeu a informação*, verificamos que três mães afirmam ter detetado sinais de risco nos seus filhos a par com as educadoras, no entanto uma mãe inicia o discurso dizendo que não foi a educadora a transmitir, mas posteriormente na entrevista (como podemos verificar na tabela 7), confirma que a educadora já tinha comunicado as suas preocupações relativamente ao seu filho.

Somente uma mãe revela ter sido a educadora a comunicar-lhe os sinais de risco detetados na criança (ver tabela 7).

**Tabela 7**

**Comunicação de sinais de risco – Como recebeu a informação**

| Categoria                      | Subcategoria              | Unidades de registo  |
|--------------------------------|---------------------------|--|
| Comunicação de sinais de risco | Como recebeu a informação | <p><b>M1</b> – (...) começou a fazer o palrar tudo muito bem, mas houve até uma certa altura que ela não se percebia... eu acabava por perceber porque eu como mãe, acabo por perceber (...).</p> <p>(...) outras pessoas também começaram a dizer que ela era muito espanholada (...) a educadora que estava com ela também disse que... pronto, ela estava um bocadinho atrasada (...).</p> <p><b>M2</b> - “A S. (educadora)”.</p> <p><b>M3</b> - (...) dessa pouca comunicação que tinha, fazia muitas birras... não se conseguia exprimir, daí se calhar a frustração que ele tinha.</p> <p>(...) A educadora do berçário 2.</p> <p><b>M4</b> - (...) Não foi a educadora que me disse, eu tive que ficar com o P. em casa com 18 meses, primeiro eu já me tinha apercebido que ele não reagia às coisas da mesma forma. Em algumas situações ele reagia exageradamente o que não era normal para a idade dele, ter aquele tipo de percepção, mas noutras coisas ele pura e simplesmente era apático, fazia de conta que as coisas não estavam lá. (...).</p> <p><b>M4</b> - (...) A R. dizia-me... a educadora do ano passado dizia-me que o P. não era uma criança fácil e não era, porque o P. passou os meses todos em casa e depois veio para a escola já mais tarde do que os outros meninos e enquanto os outros meninos já estavam habituados, já adaptados o P. não estava (...).</p> |

### 8.1.3. Abordagem da Educadora

No que concerne à subcategoria *Abordagem da Educadora*, podemos verificar que de um modo geral as mães, excetuando uma, concordam que a abordagem foi positiva. A entrevistada do caso 4 não assume que tenha sido abordada pela educadora na deteção dos sinais de risco e refere que a educadora deveria ter tido mais abertura, revelando assim autocrítica (ver tabela 8).

Tabela 8

#### *Comunicação de sinais de risco – Abordagem da Educadora*

| Categoria                       | Subcategoria           | Unidades de registo  |
|---------------------------------|------------------------|--|
| Comunicação dos sinais de risco | Abordagem da educadora | <p><b>M1</b> - (...) a forma até foi correta.</p> <p><b>M2</b> - (...) Ela falou-me nessa senhora e depois perguntou-me se eu achava bem.</p> <p><b>M3</b> - (...) Ela, ao início, hesitou um bocado... pronto, ela estava com um bocado de medo, entre aspas, da reação, então... andava ali um bocado a sondar, tentava sempre explicar da melhor maneira a opinião dela e que deixava sempre aquele alerta de que mais tarde é que poderia dar algum sinal. (...) Não, acho que foi bem.</p> <p><b>M4</b> - Eu acho que a R. deveria ter tido mais abertura para perceber certas e determinadas situações do P., não foi capaz de ceder porque achava que ele tinha de se encaixar no rebanho (...)</p> |

### 8.1.4. Deteção de sinais de alerta

Nesta subcategoria, três das mães entrevistadas afiançam (M1, M3 e M4) que detetaram os sinais de risco nos seus filhos. A mãe (M2) indica-nos que não detetou esses sinais e foi através da educadora que tomou conhecimento do problema de desenvolvimento do seu filho (ver tabela 9).

Tabela 9

**Comunicação de sinais de risco – Detecção de sinais de alerta**

| Categoria                       | subcategoria             | Unidades de registo   |
|---------------------------------|--------------------------|---|
| Comunicação dos sinais de risco | Detetou sinais de alerta | <b>M1</b> – (...) nós em casa já nos tínhamos apercebido que ela tinha algumas dificuldades em relação à linguagem, por exemplo, também o andar, o andar foi muito tarde (...). |
|                                 |                          | <b>M2</b> - (...) Não, não.   |
|                                 |                          | <b>M3</b> - (...) De facto, reparei que ele comunicava muito pouco, compreendia-nos, mas comunicava muito pouco (...).  |
|                                 |                          | <b>M4</b> - Agora foi em casa aos por volta dos 18 meses que eu comecei a ter a confirmação que havia ali qualquer coisa que estava fora (...).                                 |

**8.1.5. Reação das famílias à comunicação dos sinais de risco**

Na subcategoria *Reação à comunicação dos sinais de risco*, verificamos diferentes reações por parte das mães. Existe um sentimento de desvalorização dos sinais de risco comunicados pela educadora por parte de duas mães (M1 e M2).

Pelo testemunho do caso 3 podemos sentir a preocupação e algum sentimento de falha por parte da mãe.

No caso 4 a mãe encontra-se em estado de revolta e esperança na “cura” do seu filho (ver tabela 10).

Tabela 10

**Comunicação de sinais de risco – Reação à comunicação dos sinais de risco**

| Categoria                       | subcategoria                             | Unidades de registo  |
|---------------------------------|--|--|
| Comunicação dos sinais de risco | Reação à comunicação dos sinais de risco | <b>M1</b> – (...) lá em casa não nos afligimos muito porque (...) já nos tínhamos apercebido que havia algum problema em relação à fala (...)  |
|                                 |  | <b>M2</b> - (...) pensei que fosse alguma coisa mais complicada.   |
|                                 |  | <b>M3</b> – (...) Prontos, fiquei preocupada, não é? Porque é sempre algo diferente, a gente nunca espera que nos digam alguma coisa assim do tipo porque às vezes também a pouca informação que a pessoa tem desperta, pronto, alguma coisa de errado, onde é que eu falhei, pronto... (...)  |
|                                 |  | <b>M4</b> - Francamente? Que tinha à minha frente uma guerra descomunal porque ele ficar bem ia ficar, isso é ponto assente, mas eu ia ter uma guerra descomunal com toda a gente que me ia aparecer pelo caminho, provavelmente ia, mas mais uma guerra foi o que pensei. (...) Basicamente temos que o reiniciar para depois ele poder funcionar como os outros, mas isto não é autismo (...). |

**8.1.6. Dificuldades sentidas**

No que se relaciona à subcategoria *Dificuldades sentidas*, são notórios os sentimentos de tristeza, revolta, culpa por parte de três mães (M1, M3 e M4).

No caso 2 é referido que não sentiu qualquer tipo de dificuldade (ver tabela 11).

Tabela 11

**Comunicação de sinais de risco – Dificuldades sentidas**

| Categoria                       | Subcategoria          | Unidades de registo   |
|---------------------------------|-----------------------|---|
| Comunicação dos sinais de risco | Dificuldades Sentidas | <p><b>M1</b> – (...) a situação foi mais no sentido por causa de falar (...) (...) até tivemos que comprar um andarilho para ver se ajudava mais (...) havia certas atitudes que ela não... que pronto, quando ela tinha, não parecia normal (...) pronto há situações que não... que nós ficamos naquela, então, mas o que é que se está a passar? (...) daí quando a intervenção precoce agiu houve várias sessões que, entretanto, nós em casa percebemos que também a culpa é nossa (...).</p>  |
|                                 |                       | <p><b>M2</b> – Não senti.</p> <p><b>M3</b> – (...) quando ele foi à consulta de desenvolvimento e se calhar um bocadinho antes, fartei-me de chorar porque... pronto é os nossos filhos... eu trabalho na área, mas sendo os nossos filhos acaba por tocar um bocadinho mais e temos outro tipo de sensibilidade e pronto e lá está... voltei novamente a perguntar onde é que eu falhei porque eu sempre fui uma pessoa que tentou sempre ao máximo estimular consoante aquilo que eu podia e o pai e depois pronto... foi aí que eu fiquei um bocado vá... perdida!</p> <p><b>M4</b> – Basicamente foi isso, saber que ia ser, provavelmente que se a escola não colaborasse eu ia ter que mudar de escola que se visse que as coisas iam estar aí, eu ia ter que fazer uma data de coisas, portanto muda tudo, tive que reavaliar tudo, portanto há coisas que uma criança como o L. o irmão do P. faz de uma maneira e é assim que toda a gente faz a nível de educar o P. não tem nada a ver não vale a pena educar o P. da mesma maneira.</p> |

## 8.2. Aceitação

### 8.2.1. Obtenção da Informação necessária para lidar com os sinais de risco

No que diz respeito à segunda categoria, *Aceitação*, quando questionados se obtiveram a informação necessária três mães (M1, M2 e M3) responderam afirmativamente e

apenas a mãe do caso 4, revela que não lhe foi prestada a informação correta (ver tabela 12).

**Tabela 12**

***Aceitação – Obtenção da informação necessária para lidar com os sinais de risco***

| Categoria | Subcategoria                   | Unidades de registo   |
|-----------|--------------------------------|---|
| Aceitação | Obteve a informação necessária | <p><b>M1</b> – (...) (a educadora) foi falando, foi dando o feedback (...)</p> <p><b>M2</b> – (...) Até agora sim.</p> <p><b>M3</b> – (...) sim.</p> <p><b>M4</b> - Com quem? Eu é que fui à procura e não foi no C. (instituição) que fui buscar a informação com toda a certeza, procuro no país, fora do país, em todo o lado.</p> |

### **8.2.2. Apoios**

Em relação à subcategoria *Apoios*, de um modo geral as entrevistadas sentem-se apoiadas pela equipa de intervenção precoce como é exemplo o caso 3 ou por médicos e familiares como referem os casos 1 e 2.

No caso 4, a entrevistada refere não ter qualquer tipo de apoio por considerar que as outras pessoas não entendem o seu problema (ver tabela 13).

**Tabela 13**  
**Aceitação – Apoios**

| Categoria | Subcategoria | Unidades de registo  |
|-----------|--------------|--|
| Aceitação | Apoios       | <p><b>M1</b> – Sim, o marido (...)<br/>(...) o médico encaminhou logo para a intervenção precoce (...)</p> <p><b>M2</b> – (...) Sim, todos.</p> <p><b>M3</b> – (...) Sim, a intervenção precoce.</p> <p><b>M4</b> – Se as pessoas não percebem como é que podem me apoiar?(...) para explicar o que é o conceito de neuroterapia às pessoas, no final disseram-me que os médicos são todos uns aldrabões que só querem é roubar dinheiro (...) portanto não vale a pena tentar explicar algumas coisas às pessoas, falar de conexões neuronais, falar de... são coisas que não são faladas, as pessoas não têm noção... (...).</p> |

### 8.2.3. A Família soube lidar com os sinais de risco

Relativamente à categoria *A família soube lidar com os sinais de risco*, os três primeiros casos referem que a família soube lidar com os sinais de risco de forma positiva, no entanto no caso 1 a mãe desvaloriza os sinais de risco da criança.

No último caso, a mãe afirma que se sente sozinha por considerar que os outros não entendem a condição do seu filho (ver tabela 14).

**Tabela 14**  
**Aceitação – A família soube lidar com os sinais de risco**

| Categoria | Subcategoria | Unidades de registo |
|-----------|--------------|---------------------|
|-----------|--------------|---------------------|

|  |   |
|--|---|
| <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Aceitação</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">A família soube lidar com os sinais de risco</p> | <p><b>M1</b> – (...) até reagiu bem (...) também não é nada de especial (...)<br/>         (...) nós desde aí tentamos sempre que ela fosse evoluindo (...) em casa também não temos um bocadinho (...)<br/>         (...) depois de começarmos a perceber que ela iria ter mais dificuldades, começámos a insistir nas palavras (...)</p> <p><b>M2</b> – (...) Sim, está tudo a querer o bem dele.</p> <p><b>M3</b> – (...) Sim, igualmente como a materna.</p> <p><b>M4</b> – É assim, ninguém percebe o problema que o P. tem, não percebem, não são capazes de perceber (...) não são capazes de se adaptarem... não são capazes de... porque não têm sensibilidade... não têm... isso não existe... as pessoas não sabem, não são capazes de perceber. Eu não percebia nada de neurologia, a minha área é direito, eu em neurologia era um zero à esquerda, mas, no entanto, ando a estudar e a ler bibliografias (...) literatura americana e estudos e tudo e mais alguma coisa para tentar entender e tentar perceber. (...).</p> |
|--|---|

### 8.3. Contribuição para os educadores

De seguida, analisaremos a terceira categoria no que respeita à *Contribuição para os educadores* para identificar se as famílias têm sugestões de como os educadores devem comunicar os sinais de risco.

#### 8.3.1. Como a escola e os educadores devem comunicar os sinais de risco

Na análise da subcategoria *Como a escola e os educadores devem comunicar os sinais de risco*, verificamos que a mãe (M2) considera que a educadora está a fazer um bom trabalho.

Duas mães (M1 e M3) consideram que as educadoras devem desde cedo iniciar o trabalho com as crianças e alertar os pais para fazerem algumas atividades em casa com a criança.

No caso 4, a mãe refere que a educadora (E4) deveria ter tido mais abertura, refere ainda que a educadora (E4) não cedeu e tentou forçar a adaptação da criança ao restante grupo, não respeitando a sua individualidade (ver tabela 15).

Tabela 15

**Contribuição para os educadores – Como a escola e os educadores devem comunicar os sinais de risco**

| Categorias                      | Subcategoria   | Unidades de registo   |
|---------------------------------|--|---|
| Contribuição para os educadores | Como a escola e os educadores devem comunicar os sinais de risco | <p><b>M1</b> – É assim, isso depois tem a ver com as educadoras, não é? No sentido do trabalho porque é assim se, por exemplo, se a educadora começar logo a trabalhar a... mais ou menos, por exemplo, o dia a dia quantas crianças são o... vai-se apercebendo também da evolução da criança, pronto... por exemplo, fazer um trabalho, ir dizendo: “olha que cor é esta? , o que é que estás a fazer?”, e é assim, tentar passar para o pai, “Oh pai, olhe, neste sentido apercebemo-nos... fizemos este trabalho... teve um bocadinho mais de dificuldade, se os pais em casa puderem fazer...”, olha, até tentar indicar maneiras, jogos ou mesmo nesse sentido...</p> <p><b>M2</b> – (...) continuem a fazer o que estão a fazer porque estão a fazer um bom trabalho.</p> <p><b>M3</b> – A criança é que está com eles (...) eles é que vêm os sinais que há porque em contexto de escola é sempre diferente do que em casa e pronto (...) acho que é sempre importante. (...) há outras que talvez pela possível reação dos pais tentam sempre tardar mais (...) é tudo muito relativo, porque se virem que um pai e uma mãe são pessoas muito disponíveis (...) Devem dizer sempre o quanto antes não pensar que a pessoa vai reagir mal por ser assim, não a gente tem que dizer sempre se há sinais.</p> <p><b>M4</b> – Eu acho que a R. (educadora) deveria ter tido mais abertura para perceber certas e determinadas situações do P., não foi capaz de ceder porque achava que ele tinha de se encaixar no rebanho e o meu P. nunca... aliás nem o meu P. nem o meu L., deviam ser obrigados a pertencer nenhum rebanho porque nós não somos ovelhas.</p> |

## 8.4. Expetativas atuais

### 8.4.1. Representações dos pais relativamente aos sinais de risco

Na tabela 16, iremos analisar a quarta e última categoria.

Na abordagem da subcategoria *Representações dos pais relativamente aos sinais de risco*, incluída na categoria *Expetativas atuais*, procurámos conhecer quais as representações dos pais relativamente aos sinais de risco comunicados pelos educadores e verificámos que os três primeiros casos acabam por desvalorizar os sinais de risco ou dar a entender que esses sinais estão praticamente resolvidos.

No caso 4, apesar de existir um relatório de uma instituição dedicada ao tratamento e estudo das perturbações do neuro desenvolvimento, com um diagnóstico de Síndrome de Asperger (anexo J), a mãe considera que o diagnóstico não está correto (ver tabela 16).

**Tabela 16**

***Expetativas atuais – Representações dos pais relativamente aos sinais de risco***

| Categoria | Subcategoria | Unidades de registo |
|-----------|--------------|---------------------|
|-----------|--------------|---------------------|

**M1** ... é assim, ela como também é uma criança um bocadinho estranha, há certas situações que nós ficamos naquela que ela é um bocadinho estranha e depois gozona, pronto há situações que não... nós ficamos naquela, então, mas o que é que se está a passar? Será que realmente tens algum problema, será que não? Pronto, daí..., mas neste momento as nossas preocupações já... porque até agora na última que tivemos, a última consulta no desenvolvimento e a médica até disse que ela estava muito bem, diz pronto... houve uma evolução muito grande até desde que começou na terapia da fala até agora já houve uma evolução muito grande.

**M2** – (...) ah, isso não é nada está tudo bem com ele.

**M3** – Sim, a única inquietação dele desde pequenino é com o balançar, pronto foi aí que eu despertei também alguma atenção mas depois a minha mãe também acabaria por dizer que eu era igual assim em criança e eu aí também descartei um pouco a hipótese mas também tendo em conta o processo dele isso não tem nada a ver com mais nada é mesmo um estímulo que ele tem para se acalmar.

**M4** – Eu acho que temos estado todos em sintonia desde o início deste ano, ainda agora chegamos à conclusão, a C. sozinha, acho muito bem que ela tenha chegado à conclusão porque eu já tinha dito diversas vezes que o P. tinha baixa produção de melatonina, se o forçarem a dormir a sesta ele à noite não consegue adormecer antes da uma e meia da manhã, depois salta, salta, salta, tem necessidade de se cansar, ele adormece por exaustão. (...) O diagnóstico está dentro do PEA (...) a pessoa que lhe fez a avaliação nunca conseguiu interligar-se com o P. nunca conseguiu conectar-se com o P. por diversos fatores que eu tentei explicar à senhora e a senhora não... achava que tinha que ser feito daquele método e pronto e foi por ali que ela insistiu e então punha-me a criança sempre em stress... o P. em stress é lógico que o resultado não ia ser positivo (...) resumindo o diagnóstico que ela fez da perturbação do espetro do autista está completamente... o P. só reagiu, só reage... pronto, em cem pessoas o P. só reagiu assim com ela, mesmo com mais ninguém. Entretanto fomos fazendo outras avaliações com terapeutas com tudo mais e ninguém, nem a intervenção precoce do estado, ninguém considera que seja este o problema do P., o problema do P. agora veio-se a confirmar com um neuro feedback (...) e confirmou-se que o P. não é autista (...) Basicamente temos que o reiniciar para depois ele poder funcionar como os outros, mas isto não é autismo, preenche neste momento... o único critério que o P. preenche, às vezes exceccionalmente, algumas vezes ainda o vejo a brincar em bicos de

---

pés, mas o irmão também anda e ele não é autista, portanto é brincadeiras dos miúdos mesmo, é a única coisa que eu vejo. Tem realmente... já lhe passou, já lhe voltou a compulsão de morder, morder, como é que eu vou explicar... não é aos outros miúdos, porque ele está farto de levar dentadas... portanto não tem a ver com isso, tem a compulsão de morder, agora está muito na parte da textura do tecido, eu acho que isto tem muito a ver com a integração sensorial que ele mete tudo o que é tecidos à boca, até agora eram coisas duras, agora é a parte dos tecidos que é mesmo uma forma de controlar a ansiedade dele. Pronto, mas são fases que ele já teve mas essas coisas duras, já passou, teve 6 ou 7 meses que não metia nada à boca e agora voltou a meter tecidos.

---

## **9. Perspetiva das Educadoras e técnica de intervenção precoce**

### **9.1 Compreensão do contexto familiar**

#### **9.1.1 Reação da família quanto à problemática da criança**

Na categoria Compreensão do contexto familiar, repartida por duas subcategorias, Reação da família à problemática da criança e Reação da família após comunicação dos sinais de risco, as educadoras e a técnica de intervenção precoce relataram, na sua perspetiva, como as famílias reagiram à comunicação dos sinais de risco.

No que diz respeito à *Reação da família à problemática da criança*, no caso 1, tanto a educadora como a técnica de intervenção precoce, são da opinião que os pais tentam desvalorizar a problemática da criança.

No caso 2, a educadora refere que a família aceita o que lhe é transmitido.

Já no caso 3, as educadoras têm opiniões diferentes, a educadora que comunicou inicialmente os sinais de risco revela que a família tentou justificar os comportamentos do filho.

A educadora que o acompanha neste momento revela que como foi iniciado o processo de referenciação para a intervenção precoce, os pais estão mais despertos para a problemática.

No que diz respeito ao caso 4, a educadora que inicialmente comunicou com a família em relação aos sinais de risco refere que a mãe considerava tudo normal e desvalorizava qualquer tipo de abordagem da sua parte.

A educadora que o acompanha neste momento (E4.1), refere ter presenciado o ano letivo em que o P. se encontrava com a educadora E4, e refere não ter sido fácil, no entanto, a mãe no final do ano letivo procurou uma consulta de desenvolvimento com o seu médico (ver tabela 17).

**Tabela 17**

**Compreensão do contexto familiar: reação da família à problemática da criança**

| Categoria                        | Subcategoria                                | Unidades de registo  |
|----------------------------------|---|--|
| Compreensão do contexto familiar | Reação da família à problemática da criança | <p><b>E1</b> – (...) ignorou os sinais, tentou desvalorizar até por alguns serem por demais evidentes.</p> <p><b>T1.1.</b> – A família tem reagido de uma forma... pronto, acho que não está a aceitar bem a problemática e para eles a preocupação é só na questão da linguagem.</p> <p><b>E2</b> – (...) é uma família muito acessível (...) aceita e se preocupa com a criança e o bem-estar (...)</p> <p><b>E3</b> – (...) que era tudo justificado... ah ele é assim ele é mesmo assim.</p> <p><b>E3.1</b> – (...) eles têm aceitado tudo, tudo o que lhes vou dizendo eles aceitam.</p> <p><b>E4</b> – (...) reagiu normalmente, achava que o P. não tinha nada (...) a mãe achava que era tudo muito normal (...) ela não aceitava as diferenças do P.</p> <p><b>E4.1.</b> – (...) não foi fácil, mas depois já no final do ano letivo... e falando várias vezes com a mãe, a mãe acabou por pedir uma consulta de desenvolvimento com o seu médico, o médico do P.</p> |

**9.1.2 Reação da família após comunicação dos sinais de risco**

Relativamente à subcategoria *Reação da família após comunicação dos sinais de risco*, verificamos que no caso 1, a educadora refere que a mãe se mostrou preocupada e aceitou os encaminhamentos necessários.

A técnica de intervenção precoce, refere que mesmo que tenha havido uma aceitação para a intervenção a família continua a desvalorizar as reais dificuldades da criança.

No caso 2, a educadora refere não notar grandes alterações à reação da família no antes e no depois da comunicação dos sinais de risco.

Em relação ao caso 3, a educadora que acompanhou a criança inicialmente refere que o pai auscultava muito a mãe, que continuava a justificar os comportamentos como um comportamento habitual na família. A educadora que atualmente acompanha a criança refere que existe uma boa aceitação por parte da família.

O caso 4 é muito semelhante ao caso 3, no sentido em que a educadora que o acompanhou inicialmente teve muitas dificuldades que a família aceitasse a sua comunicação acerca dos sinais de risco na criança. A educadora do ano letivo seguinte encontrou a mãe numa fase de aceitação da problemática (ver tabela 18).

**Tabela 18**

***Compreensão do contexto familiar - Reação da família após comunicação dos sinais de risco***

---

| <b>Categoria</b> | <b>Subcategoria</b> | <b>Unidades de registo</b> |
|------------------|---------------------|----------------------------|
|------------------|---------------------|----------------------------|

---

**E1** – (...) Mostrou-se preocupada e tentou procurar alguns caminhos (...) aceitou encaminhamentos e as sugestões (...).

**T1.1** – Começámos a fazer um trabalho a nível mais de casa, a mãe tinha ali umas questões com regras e isso conseguimos colmatar, mas ao nível do desenvolvimento acham que ela tem um desenvolvimento normalíssimo para a idade e só se preocupam com a linguagem que está a ter um desenvolvimento muito positivo.

**E2** – (...) não é que se verifique grandes alterações, mas pronto nota-se que a família está preocupada e vai perguntando onde é que pode intervir (...)

**E3** – (...) o pai auscultava muito a mãe, mas a mãe justificava mais os comportamentos do filho, depois de eu falar combinámos enquanto equipa... vá, do filho aguardar mais um bocadinho, porque achámos que sim, como ele tinha um padrão de desenvolvimento mais tardio iam dar-lhe mais tempo.

**E3.1** – (...) A família tem colaborado porque eu já apanhei numa fase boa.

**E4** – (...) Não, ela sempre até ao fim achou que o P. era normal (...) insisti para ela ver as reações do P. dentro da sala com os outros colegas.

**E4.1** – (...) recorreu ao pediatra a uma consulta de desenvolvimento... chegou a ir à instituição C. para fazer um... pronto para ter uma avaliação, logo nessa altura essa instituição diagnosticou autismo no P., a mãe rejeitou que isso poderia ser realmente o que o menino tinha e voltou a procurar uma outra instituição (...).

## 9.2 Compreensão do quadro de desenvolvimento

Na categoria *Compreensão do quadro de desenvolvimento*, repartida por três subcategorias *Características mais evidentes*, *ajuda de outros profissionais* e *Necessário mais apoio*, procurámos conhecer quais as características detetadas na criança que alertaram as educadoras para os sinais de risco, procurámos também saber se as educadoras tiveram ajuda de outros profissionais e se sentem a necessidade de ter mais apoios.

### 9.2.1 Características mais evidentes

Na subcategoria *Características mais evidentes*, verificamos que todas as educadoras referem problemas de linguagem na criança. Em dois casos (Caso 3 e caso 4) é referido o isolamento por parte da criança, no caso 2 a educadora refere que a criança não

consegue lidar com a frustração e não permanece atenta nas atividades. No caso 2, a educadora refere que as suas preocupações incidem principalmente nas reações da criança, quer sozinha, quer em grupo (ver tabela 19).

**Tabela 19**

***Compreensão do quadro de desenvolvimento: características mais evidentes***

---

| <b>Categoria</b> | <b>Subcategoria</b> | <b>Unidades de registo</b> |
|------------------|---------------------|----------------------------|
|------------------|---------------------|----------------------------|

---

---

**E1** – As reações no grupo, as reações individuais que saíam dos parâmetros da criança.

**T1.1** – A fãxis da criança, consulta de genética, características cognitivas e a parte da linguagem.

**E2** – O mais significativo, sem dúvida, era a grande dificuldade em estar atento, mesmo por pequenos períodos (...) ser sempre o primeiro a ter de participar nas atividades, a estar no comboio, não conseguir lidar com a frustração (...) fazia grandes birras e não conseguia lidar com a situação (...) não conseguir perceber que o que não é dele não pode mexer e não pode levar para casa sem pedir, (...) do nada mexer nas coisas dos adultos ou nas coisas das outras crianças sem autorização, por vezes esconder, por vezes estragar e pronto e não assumir que não está correto foi o mais evidente.

**E3** – (...) Foi a comunicação, a linguagem não só e a comunicação, eu não estou só a falar da linguagem verbal, do comportamento dele também (...)ele fugia do contacto visual (...)balançava na cadeira e depois fazia grunhidos para comunicar ou quando estava ansioso.(...) a parte social tinha muitas dificuldades, ele não conseguia estar em roda connosco (...)

**E3.1** – (...) A linguagem, o isolamento já não, ele relaciona-se com os outros meninos, interage bem hum... tem às vezes atitudes que eu pronto... já questioneei a senhora terapeuta que o acompanha em termos de produções de sons, ele produz muitos sons guturais e parece que isso tem que acompanhar a ação, a brincadeira, às vezes mesmo do nada pronto.

**E4** – (...) O P. não falava, fazia barulhos, “guinchava”, não compreendia qualquer ordem que eu dizia (...) tinha sempre os movimentos repetitivos... rodar brinquedos (...) não interagia com os colegas... era...isolava-se muito e não olhava nos nossos olhos (...)

**E4.1** – (...) é uma criança que... primeiro não comunica verbalmente (...) não fazia contacto visual connosco e com os colegas (...) tem comportamentos... hum... estereotipados, movimentos repetitivos quando está contente abana muito as mãos (...) tem mostrado algumas fixações por determinados objetos (...)

---

### 9.2.2 Ajuda de outros profissionais

Na subcategoria *Ajuda de outros profissionais*, todas as educadoras referem ter apenas a ajuda da equipa da sala e de outras educadoras e/ou direção, a técnica de intervenção precoce refere que tem a ajuda da sua equipa multidisciplinar (ver tabela 20).

**Tabela 20**

***Compreensão do contexto familiar – Ajuda de outros profissionais***

| Categoria                                | Subcategoria                  | Unidades de Registo   |
|--|-------------------------------|---|
| Compreensão do quadro de desenvolvimento | Ajuda de outros profissionais | <p><b>E1</b> – (...) antes do encaminhamento não (...)</p> <p><b>T1.1</b> – A nossa equipa é multidisciplinar.</p> <p><b>E2</b> – (...) não, portanto, a ajuda que tive foi os profissionais da escola, tanto a equipa da sala como as educadoras da escola (...)</p> <p><b>E3</b> – (...) até eu falar com a família não passou por mais ninguém. A gente discute em equipa pedagógica de sala obviamente (...)</p> <p><b>E3.1</b> – (...) Agora tenho a técnica de intervenção precoce e a terapeuta da fala.</p> <p><b>E4</b> – (...) claro que tive o apoio da instituição, da coordenadora (...)</p> <p><b>E4.1</b> – (...) Não, em termos de avaliação sou que tenho vindo a avaliar claro, obviamente com as minhas colegas de sala (...) e pela minha experiência</p> |

### 9.2.3 Necessidade de mais apoio

No que concerne à subcategoria *Necessário mais apoios*, cinco educadoras referem ser necessário mais apoio, sentem mesmo a necessidade de ter ajuda de um técnico que as apoie no processo da comunicação dos sinais de risco aos pais.

A técnica de intervenção precoce refere que a criança, neste momento, já possui todos os serviços de apoio necessários ao seu desenvolvimento. A educadora E3.1 refere que era ótimo existir um técnico que as ajudasse na avaliação da criança, mas que isso seria muito dispendioso para a instituição (ver tabela 21).

Tabela 21

**Compreensão do contexto familiar – Necessidade de mais apoio**

| Categoria                                | Subcategoria          | Unidades de Registo   |
|--|-----------------------|---|
| Compreensão do quadro de desenvolvimento |                       | <p><b>E1</b> – (...) acho que era importante que houvesse esse apoio antes dessa comunicação à família para nos ajudar a quando falarmos com a família termos mais bases e mais caminhos (...)</p>  |
|  | Necessário mais apoio | <p><b>T1.1</b> – (...) Já tem consulta de desenvolvimento, consulta de genética, terapia da fala, intervenção precoce, penso que neste momento não é necessário mais nada... era importante continuar um acompanhamento escolar.</p> <p><b>E2</b> – (...) existe muito esta lacuna de podermos pedir a ajuda de técnicos especializados antes de fazer um diagnóstico (...) se calhar, era importante, se mesmo antes do relatório mais formal, podermos ter um técnico mais especializado que nos ajudasse.</p> <p><b>E3</b> – (...) Em todos os lados que haja crianças a crescer, mesmo sem NEE eu acho que há questões comportamentais que precisam de algum tipo de apoio para além do nosso que têm pessoas que sabem estratégias específicas para trabalhar com crianças (...)</p> <p><b>E3.1</b> – (...) Não, penso que o que está, está bem. Era bom termos alguém na instituição que fizesse a pré-avaliação connosco, mas isso sai muito dispendioso para a instituição.</p> <p><b>E4</b> – (...) Sim, sem dúvida porque nós sabemos que aos 3 anos há muitas alterações na criança (...) se for preciso medicá-lo caso seja, porque o P. tinha dificuldades em dormir (...) mas senti-me um bocado desamparada e tive um bocado de receio porque eu podia dizer, mas afirmar com apoio de médico não tinha.</p> <p><b>E4.1</b> – (...) Neste momento só se fosse a intervenção precoce que ele ainda não tem, ainda não está a ser acompanhado pela intervenção precoce, mas esse pedido já foi feito (...)</p> |

### 9.3 Intervenção junto dos pais

Na categoria *Intervenção junto dos pais*, quisemos analisar o principal meio de comunicação utilizado pelos educadores, conhecer a primeira comunicação ao detetar

sinais de risco, qual a reação da família e se exercem trabalho colaborativo com as mesmas.

### 9.3.1 Principal meio de comunicação

Na subcategoria *Principal meio de comunicação*, verificamos que as educadoras privilegiam o contato diário verbal de uma forma informal, recorrem também às reuniões de pais individuais (ver tabela 22).

**Tabela 22**

***Intervenção junto dos pais: principal meio de comunicação***

| Categoria                  | Subcategoria                  | Unidades de registo  |
|----------------------------|-------------------------------|--|
| Intervenção junto dos pais | Principal meio de comunicação | <p><b>E1</b> – (...) De uma forma diária, informal também já foi através de reunião, mas mais de uma forma informal para ser mais fácil ajudar.</p> <p><b>T1.1</b> – Com regularidade por telefone ou presencialmente.</p> <p><b>E2</b> – (...) peço para reunir pessoalmente (...) exponho normalmente o caso (...)</p> <p><b>E3</b> – (...) é o falar diretamente e quando não conseguia falar pessoalmente por causa das questões de horários de trabalho, por telefone e falava ao telefone, mas também foram sempre pessoas recetivas a falar comigo, a vir cá cada vez que eu pedia (...)</p> <p><b>E3.1</b> – É o contato direto diário.</p> <p><b>E4</b> – Era sempre a nível verbal, a mãe ia de manhã à sala (...) raramente ao telefone, mais a nível pessoal.</p> <p><b>E4.1</b> - Diariamente, por norma na parte da manhã, no acolhimento por norma sou sempre eu que recebo o P. (...) É nesse momento do acolhimento que eu falo sempre com a mãe.</p> |

### 9.3.2 Comunicação ao detetar sinais de risco na criança

Em relação à subcategoria *Comunicação ao detetar sinais de risco*, verificamos que apenas uma educadora esperou pela reunião de final de ano para poder transmitir aos pais os sinais de risco detetados no seu filho. As restantes educadoras foram abordando os pais informalmente, nas conversas diárias, para lhes dar conhecimento que algo não estava a ir de encontro ao normal desenvolvimento da criança (ver tabela 23).

**Tabela 23**

***Intervenção junto dos pais: Comunicação ao detetar sinais de risco na criança***

| Categoria                  | Subcategoria                           | Unidades de registo  |
|----------------------------|--|--|
| Intervenção junto dos pais | Comunicação ao detetar sinais de risco | <p><b>E1</b> – (...) conversei com a família no sentido de tentar perceber se as reações que a criança tinha em contexto de sala de aula eram iguais às que ela tinha em família (...)</p> <p><b>T1.1</b> – (...) De forma tranquila, já tinha havido referenciação por parte da educadora.</p> <p><b>E2</b> – (...) exponho normalmente o caso e porquê a necessidade de pedir ajuda a técnicos especializados (...)</p> <p><b>E3</b> – (...) No final do ano letivo quando entreguei o registo do desenvolvimento disse que gostava de... (...)</p> <p><b>E3.1</b> – Reagiram sempre bem, ele esteve com uma educadora em creche, entretanto ficou com outra educadora, e agora está com outra educadora,</p> <p><b>E4</b> – (...) nós fomos falando com a mãe (...) quando aceitou ela própria quis, ela foi muito lutadora (...)</p> <p><b>E4.1</b> – (...) sempre tenho transmitido à mãe e o feedback que dou do desenvolvimento dele ao longo destes meses.</p> |

### 9.3.3 Reação da família

Quanto à subcategoria *Reação da família*, podemos verificar que cinco educadoras/técnica dizem-nos que a reação da família foi de desvalorização dos sinais de risco ou de não aceitação.

No caso 2, visto ser uma família com algum *background* menos positivo, a reação da família foi questionar se estavam a fazer algo errado.

E no caso 3, a educadora (E3.1) refere que já se encontra numa fase em que está a fazer um trabalho de continuidade deixado pela educadora do ano letivo anterior e que a reação dos pais é positiva (ver tabela 24).

Tabela 24

*Intervenção junto dos pais: Reação da família*

| Categoria | Subcategoria | Unidades de registo |
|-----------|--------------|---------------------|
|-----------|--------------|---------------------|

---

**E1** – (...) o pai mostrou-se preocupado (...) a mãe desvalorizou, mas, no entanto, considero que ficou apreensiva (...)

**T1.1** – (...) A família não está desperta para as necessidades que esta criança possa vir a ter futuramente, essa é a minha preocupação e os pais neste momento não querem o apoio de ninguém. Querem começar do zero em um novo contexto educativo.

**E2** – (...) a primeira reação foi perguntar se estavam a falhar nalgum ponto (...)

**E3** – (...) mas depois quando eu falei nas minhas preocupações ela justificava como sendo normal porque ele já tinha este ritmo mais lento que ela enquadrava neste padrão de... do filho pronto, o pai auscultava muito a mãe, mas a mãe justificava mais os comportamentos do filho (...)

**E3.1** – (...) Reagiram sempre bem, ele esteve com uma educadora em creche, (...) está neste momento com a terceira educadora (...)

**E4** – (...) Foi muito difícil..., mas já para o final do ano (...) recebi uma mensagem da mãe a dizer que foi uma luta, mas que aceitou e percebeu mesmo que o filho precisa de ajuda.

**E4.1** - (...) ao estar na sala ao lado sempre presenciei alguns comportamentos do P. (...) a mãe negou logo (...), o seu filho era uma criança dentro dos parâmetros normais, não tinha qualquer problema a nível do desenvolvimento (...)

---

### 9.3.4 Trabalho colaborativo

Relativamente à subcategoria *Trabalho colaborativo*, verificamos que a maior parte das educadoras afirma não realizar um trabalho colaborativo com os pais.

É fundamental que exista um trabalho colaborativo com as famílias. Educadores, famílias e demais técnicos devem estar juntos no processo de tomada de decisões para favorecer o desenvolvimento da criança.

Grupos colaborativos são aqueles em que todos os componentes compartilham as decisões tomadas e são responsáveis pela qualidade do que é produzido em conjunto, conforme suas possibilidades e interesses (Parrilla, 2004).

No caso 1, a técnica de intervenção precoce afirma que existe um trabalho colaborativo com a família, apesar de que a família não se mostra disponível para a técnica frequentar o contexto familiar (casa da família).

No caso 4, a educadora E4.1 considera que o trabalho colaborativo é a troca de informações diárias entre a escola e a família (ver tabela 25).

**Tabela 25**

***Intervenção junto dos pais: Trabalho colaborativo***

| Categoria                  | Subcategoria          | Unidades de registo  |
|----------------------------|-----------------------|--|
| Intervenção junto dos pais | Trabalho colaborativo | <p><b>E1</b> – (...) não, só nesta troca e informação da família (...)</p> <p><b>T1.1</b> – (...) Sim, apesar de os pais não se mostraram abertos a eu ir a casa deles.</p> <p><b>E2</b> – (...) não.</p> <p><b>E3</b> – (...) Não cheguei a fazer nada disso não, porque, entretanto, eu fiz a referenciação para a intervenção precoce e o ano acabou e depois eu estive um ano ausente ao serviço e passou para a colega... (...)</p> <p><b>E3.1</b> – (...) Não, ou seja, é a terapeuta que lhes passa os jogos, as atividades, as tarefas, pronto... e é feito em casa. Aqui fizemos um por outro, mas pouco mais.</p> <p><b>E4</b> – (...) Não, não.</p> <p><b>E4.1</b> – (...) Aquilo que eu também acho importante é eu estar sempre a dizer à mãe como é que o P. está, o que é que o P. já consegue fazer, o que é que o P. já aprendeu para que a mãe não fique só focada na parte em que o P. não fala (...)</p> |

## **9.4 Representações da Educadora**

### **9.4.1 Receios e expetativas**

Na Categoria *Representações da Educadora*, verificamos que apenas uma educadora (E3.1) se sentiu tranquila durante este processo por a criança estar a ser acompanhada pela intervenção precoce, o que, segundo a educadora, facilitou a comunicação com os pais.

As restantes educadoras e a técnica de intervenção precoce têm sentimentos de frustração, impotência, desamparo e muito receio na reação das famílias (ver tabela 26).

**Tabela 26**

***Representações da educadora: receios e expetativas***

---

| Categoria | Subcategoria | Unidades de registo |
|-----------|--------------|---------------------|
|-----------|--------------|---------------------|

---

---

**E1** – (...) o receio é na reação da família e que esta depois interaja e consiga aceitar a ajuda (...) estava a desempenhar o meu papel (...) tinha que transmitir, não podia ignorar o que estava a fazer (...) para mim é ainda mais frustrante o fato de ter uma criança com a qual trabalho há dois anos tento falar (...) com os pais no sentido de procurarmos caminhos e ajudas para aquela criança e os pais não querem (...)

**T1.1** – (...) Estive com este caso neste ano letivo, no entanto não vai haver continuidade por opção da família, (...) era fundamental haver essa continuidade porque ela vai mudar de contexto, vai para a rede pública. (...) A família não está desperta para as necessidades que esta criança possa vir a ter futuramente, essa é a minha preocupação e os pais neste momento não querem o apoio de ninguém. Querem começar do zero em um novo contexto educativo.

**E2** – (...) nunca é fácil para nós profissionais abordar uma família e dizer que a criança poderá ter algum tipo de dificuldade (...) temos sempre um pouco de receio, a forma como a família vai aceitar ou não (...)

**E3** – (...) sim eu acho que é um peso grande é uma grande responsabilidade. Eu tento explicar às famílias mais vale a pena pecar por excesso que por falta e que eu prefiro que eles pensem que eu possa estar a exagerar do que a criança ter passado por mim e depois mais tarde ter precisado da minha ajuda e eu não fiz nada para o ajudar (...)

**E3.1** – (...) Tranquila, até porque tive o apoio da terapeuta da intervenção precoce, foi uma reunião a quatro.

**E4** – (...) Sim, sim porque foi uma idade complicada porque como nós sabemos só a partir dos 3 anos é que eles vão aos médicos e temos apoio na parte da saúde nesse sentido, ele estava na sala de 1 ano (...) mas senti-me (...) desamparada e (...) de receio (...) Eu senti-me super feliz (...) quanto mais cedo a gente ajudar estas crianças melhor (...) eu senti-me (...) frustrada (...) como é que eu conseguia chegar à mãe, porque a mãe é mãe (...) era difícil eu estar-lhe a explicar se a mãe às vezes também não quer ver.

**E4.1** - (...) a mãe é uma pessoa acessível e tem sempre aceite a minha opinião, embora às vezes tente sobrepor a opinião dela sobre as coisas (...) (...) o que é que acontece, eu noto é que a mãe quer sempre mais do filho daquilo que eu lhe digo (...) eu sinto que a mãe exige mais do que aquilo que o P. é capaz ao invés de ficar satisfeita e contente por ele já ter atingido aquele objetivo de já estar naquele patamar (...)

---

## 9.5 Outros casos de crianças com sinais de risco

### 9.5.1 Existência de outros casos

Na subcategoria *Existência de outros casos* podemos verificar que apenas uma educadora afirma não ter tido outros casos ao longo da sua prática, as restantes confirmam a existência de outros casos com NEE (ver tabela 27).

Tabela 27

#### *Existência de outros casos*

---

| Categoria                                    | Subcategoria               | Unidades de registo   |
|--|----------------------------|---|
| Outros casos de crianças com sinais de risco | Existência de outros casos | E1 – (...) Sim, já tive situações (...)   |
|  |                            | T1.1 – Sim.   |
|  |                            | E2 – (...) Sim.   |
|  |                            | E3 – Não.   |
|  |                            | E3.1 – (...) alguns tive alguma dificuldade que aceitassem, mas outros aceitaram logo.                    |
|  |                            | E4 – (...) Sim, trabalhei em estágio numa sala de multideficiência, mas já estavam com diagnóstico feito. |
|  |                            | E4.1 – (...) Sim, já tive noutros anos letivos (...)  |

---

### 9.5.2 Aceitação da Intervenção

Relativamente à subcategoria *Aceitação da intervenção* duas educadoras afirmam que as famílias aceitaram, mas com alguma dificuldade ou para poderem comprovar não existir necessidade de uma intervenção.

Duas educadoras afirmam que as famílias aceitaram de pronto a intervenção para as suas crianças (ver tabela 28).

**Tabela 28**

***Aceitação da Intervenção***

| Categoria                                    | Subcategoria             | Unidades de Registo   |
|--|--------------------------|---|
| Outros casos de crianças com sinais de risco | Aceitação da intervenção | <p><b>E1</b> – (...) aceitaram a intervenção, mas, no entanto, mais no caminho de dizerem que afinal não é necessário (...) as coisas já estavam sempre ultrapassadas, mas que na realidade não era isso que se refletia na criança (...)</p> <p><b>E2</b> – (...) Sim.</p> <p><b>E3.1</b> – (...) alguns tive alguma dificuldade que aceitassem, mas outros aceitaram logo.</p> <p><b>E4.1</b> – (...) sempre aceitaram, desde o início quando eu falei com eles sobre, também comportamentos estereotipados (...)</p> |

## **10 Análise caso a caso (pontos de convergência e pontos de divergência)**

Ao analisarmos as respostas das entrevistas tanto às famílias como às educadoras pudemos verificar que existem muitos pontos de divergência nas respostas dadas, por exemplo em relação à problemática da criança, aos sinais de risco detetados e até mesmo nas representações apontadas pelas famílias e as representações testemunhadas pelas educadoras. Encontrámos também alguns pontos de convergência. Deste modo pareceu-nos importante analisar caso a caso para podermos enriquecer a nossa investigação.

## 10.1. Caso 1 – Entrevista M1

Como pontos de convergência, verificamos que a mãe refere a comunicação por parte da educadora de forma positiva, por lhe transmitir sempre as suas preocupações e dando-lhe sempre o *feedback*.

(...) (a educadora) foi falando, foi dando o feedback (...) (EM1)

Em relação aos apoios a mãe refere que se sentiu apoiada pelo marido e também pelo médico de família que encaminhou de imediato a criança para a intervenção precoce.

(...) médico entretanto na consulta até fez a questão, no sentido até falou com ela como é que se chamavam os meninos, onde é que ela andava e ela como aí teve certas dificuldades a dizer alguns nomes ele se apercebeu... pronto, então aí encaminhou logo, fez logo um encaminhamento para a intervenção precoce (...) (M1).

Ao ser questionada de como as educadoras devem comunicar os sinais de risco, a mãe mostra-se interessada e dá sugestões.

(...) se a educadora começar logo a trabalhar a... mais ou menos, por exemplo, o dia a dia quantas crianças são o... vai-se apercebendo também da evolução da criança, pronto... por exemplo, fazer um trabalho, ir dizendo: “olha que cor é esta? , o que é que estás a fazer?”, e é assim, tentar passar para o pai, “Oh pai, olhe, neste sentido apercebemo-nos... fizemos este trabalho... teve um bocadinho mais de dificuldade, se os pais em casa puderem fazer...”, olha, até tentar indicar maneiras, jogos (...) (M1).

A mãe refere escutar as sugestões e preocupações da educadora, mostrando assim um trabalho de parceria. A capacidade de promover a capacitação e a responsabilização das famílias, exige que os técnicos abandonem os tradicionais desempenhos de papéis paternalistas e assumam posturas de parceiros, partilhando conhecimento e recursos (Rapport, 1981).

Nos pontos de divergência a família refere não ter ficado muito preocupada, uma vez que até já tinham detetado que havia um problema em relação à fala e à aquisição da marcha que foi um pouco tardia.

A família apenas considerou o atraso na linguagem e o fato da aquisição da marcha da criança ter sido um pouco tardia (ver tabela 29).

**Tabela 29**

**Caso 1 – Entrevista M1**

| <b>Caso 1 – Entrevista M1</b>  |   |
|--|---|
| <b>Pontos de Convergência</b>  | <b>Pontos de Divergência</b>                            |
| Encaminhamento feito pelo médico.                                      | Pouca preocupação com a comunicação de sinais de risco. |
| Apoiada pelo marido.   | Deteção de sinais de risco na linguagem.                |
| Feedback por parte da educadora  | Aquisição da marcha tardia.                             |
| Interesse na comunicação de sinais de risco pelas educadoras.          |   |
| Dá sugestões de como os Educadores devem comunicar os sinais de risco. |   |
| Escutou as sugestões da Educadora                                      |   |

**10.1.1. Caso 1 – Entrevista E1**

Como pontos de convergência verificamos que a educadora se sentiu realizada ao transmitir as suas preocupações à família afirmando ser esse o seu papel como profissional.

Senti-me... que estava a desempenhar o meu papel, que tinha que transmitir, não podia ignorar o que estava a fazer, disponibilizei-me e foi no sentido de ser mais um apoio para em conjunto procurarmos ajudar no desenvolvimento da criança (E1).

Verificamos também que apesar da educadora considerar que a mãe desvaloriza os sinais de risco na criança, consegue observar que a mãe se sentiu apreensiva com a comunicação dos sinais de risco.

Como ponto de divergência verificamos que as características da criança observadas pela educadora são diferentes das características observadas pela família (ver tabela 30).

**Tabela 30**

**Caso 1 – Entrevista E1**

| <b>Caso 1 – Entrevista E1</b>   |   |
|---|---|
| <b>Pontos de Convergência</b>   | <b>Pontos de Divergência</b>  |
| Sensação de desempenho do seu papel como educadora de infância. Educadora considerou que a mãe se mostrou apreensiva. | Características observadas na criança:<br>11 Reações da criança no grupo;<br>12 Reações individuais da criança que saiam dos parâmetros ditos “normais”.<br>A educadora refere que o pai se mostrou preocupado e a mãe desvalorizou a situação. |

**10.1.2. Caso 1 – Entrevista T1.1**

Como ponto de convergência verificamos que houve um trabalho colaborativo entre a técnica de intervenção precoce e a família no que concerne às regras em contexto de casa.

Começámos a fazer um trabalho a nível mais de casa, a mãe tinha ali umas questões com regras e isso conseguimos colmatar, mas ao nível do desenvolvimento acham que ela tem um desenvolvimento normalíssimo para a idade e só se preocupam com a linguagem que está a ter um desenvolvimento muito positivo. (T1.1)

Quanto aos pontos de divergência a técnica de intervenção precoce refere que a família apenas se encontra focada nos problemas que afetam a linguagem. Como características mais evidentes que observou na criança são a fâxis, o fato de frequentar a consulta de genética e também a parte cognitiva

A família optou por abdicar da ajuda da IP e matriculou a criança num pré-escolar da rede pública proibindo a IP, de ter qualquer contato com a criança e futura educadora.

Estive com este caso neste ano letivo, no entanto não vai haver continuidade por opção da família, eu considero que era fundamental haver essa continuidade porque ela vai mudar de contexto, vai para a rede pública.

A família não está desperta para as necessidades que esta criança possa vir a ter futuramente, essa é a minha preocupação e os pais neste momento não querem o apoio de ninguém. Querem começar do zero em um novo contexto educativo (T1.1).

(ver tabela 31)

**Tabela 31**

**Caso 1 – Entrevista T1.1**

---

| <b>Caso 1 – Entrevista T1.1</b>              |  |
|--|--|
| <b>Pontos de Convergência</b>                | <b>Pontos de Divergência</b>   |
| Trabalho colaborativo na questão das regras. | Características observadas na criança: <ul style="list-style-type: none"><li>• Fâxis da criança;</li><li>• Características cognitivas;</li><li>• Linguagem;</li><li>• Consulta de genética.</li></ul> Família não aceita a problemática da criança, considerando apenas as questões da linguagem.<br>A Família abdicou da ajuda da IP. |

---

## **10.2 Caso 2 – Entrevista M2**

Como pontos de convergência no caso 2, destacamos a abertura desta família à comunicação da educadora ao detetar sinais de risco. A família sente-se apoiada quer pela educadora como pela equipa de intervenção e considera que os técnicos estão a fazer um bom trabalho.

(...) agiu bem, chamou-me à atenção e viu coisas que eu não me tinha apercebido ainda, vocês estão mais tempo com eles vêm mais ou menos.

Sim, todos (apoios).

Continuem a fazer o que estão a fazer porque estão a fazer um bom trabalho (M2).

Em relação aos pontos de divergência verificamos que, apesar da família aceitar a intervenção e parecer muito preocupada com a situação, não está muito desperta para as reais dificuldades da criança.

Sei lá quando é que isso foi, foi o ano passado que começamos com isso.

Não, não. (deteção de sinais de risco)

Pensei que fosse alguma coisa mais complicada.

Tem sido tudo normal na mesma... (M2).

(ver tabela 32).

**Tabela 32**

**Caso 2 – Entrevista M2**

| <b>Caso 2 – Entrevista M2</b>   |  |
|---|--|
| <b>Pontos de convergência</b>   | <b>Pontos de divergência</b>   |
| Considerou correta a comunicação de sinais de risco pela educadora.<br>Sentiu-se apoiada.<br>Considera que existe um bom trabalho na instituição. | Não se recorda quando iniciou a intervenção com a criança.<br>Não detetou sinais de risco.<br>Considera que está tudo igual com a criança desde que iniciou a intervenção precoce. |

**10.2.1 Caso 2 – Entrevista E2**

Quanto aos pontos de convergência verificados na entrevista da educadora do caso 2 verificamos que a educadora refere que a família tem um baixo grau académico, mas aceita todas as suas recomendações e sugestões, é uma família que mantém contato diário e está muito interessada no comportamento da criança. Refere ainda que teve apoio dos profissionais da instituição na avaliação da criança e o seu sentimento é de dever cumprido.

Nos pontos de divergência verificamos que, neste caso, a educadora está convicta que a família está em sintonia com a problemática, mas na realidade a família não entende o porquê e desvaloriza a situação, não observando na criança as características que a educadora observa.

A educadora não verifica grandes alterações no comportamento da família após a comunicação dos sinais de risco (ver tabela 33).

**Tabela 33**

**Caso 2 – Entrevista E2**

| <b>Caso 2 – Entrevista E2</b>  |   |
|--|---|
| <b>Pontos de convergência</b>  | <b>Pontos de divergência</b>  |
| Considera a família acessível.<br>A família aceitou as propostas para dar acompanhamento à criança.<br>A família mantém contato diário com a escola. | Não nota grandes alterações no comportamento da família após comunicação de sinais de risco.<br>Características observadas na criança: <ul style="list-style-type: none"><li>• Dificuldade em estar atento;</li></ul> |

---

|   |   |
|---|---|
| <p>A família mostra interesse para intervir junto da criança.</p> <p>Apoiada pelos profissionais da escola.</p> <p>Reuniões com as famílias para explicar o pedido de ajuda a técnicos especializados.</p> <p>Sensação de dever cumprido.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Necessidade de ser sempre o primeiro;</li> <li>• Dificuldade em lidar com a frustração;</li> <li>• Levar objetos de outras crianças para casa sem autorização;</li> <li>• Esconder objetos;</li> <li>• Estragar objetos;</li> <li>• Incapacidade de distinguir o certo do errado.</li> </ul> |
|---|---|

---

### 10.3 Caso 3 – Entrevista M3

Como pontos de convergência, podemos observar que a mãe já tinha a perceção que o seu filho comunicava pouco.

A mãe considera que a comunicação dos sinais de risco foi feita de forma correta e mostrou-se desperta para a resolução da problemática da criança.

Quanto a apoios esta mãe sente-se apoiada pela IP e deixa um conselho para os educadores, para que transmitam sempre aos pais, se notarem sinais de risco na criança o mais rapidamente possível.

Em relação aos pontos de divergência, podemos constatar que a mãe não se encontra desperta para todas as dificuldades da criança. A mãe refere que a criança apenas apresenta dificuldades a nível da linguagem e que o fato de se baloiçar está relacionado com um hábito familiar, desvalorizando assim este comportamento.

Sim, a única inquietação dele desde pequenino é com o balançar, pronto foi aí que eu despertei também alguma atenção mas depois a minha mãe também acabaria por dizer que eu era igual assim em criança e eu aí também descartei um pouco a hipótese mas também tendo em conta o processo dele isso não tem nada a ver com mais nada é mesmo um estímulo que ele tem para se acalmar (M3).

De facto, reparei que ele comunicava muito pouco, compreendia-nos, mas comunicava muito pouco e dessa pouca comunicação que tinha, fazia muitas birras... não se conseguia exprimir, daí se calhar a frustração que ele tinha (M3) (ver tabela 34).

**Tabela 34**

**Caso 3 – Entrevista M3**

| <b>Caso 3 – Entrevista M3</b>  |  |
|--|--|
| <b>Pontos de convergência</b>  | <b>Pontos de divergência</b>   |
| Detetou que a criança comunicava pouco.<br>A criança fazia muitas birras.<br>Considerou correta a comunicação dos sinais de risco pela educadora.<br>Sentiu-se preocupada.<br>Apoiada pela IP.<br>Aconselha os educadores a transmitirem sempre aos pais as suas preocupações. | Preocupação com o balançar da criança, mas desvaloriza porque um familiar afirma que a mãe já era assim em criança.<br>Considera o balançar como um estímulo para se acalmar, mas não é um sinal de risco. |

**10.3.1 Caso 3 – Entrevista E3**

Como pontos de convergência verificamos que a educadora E3, refere que os pais sempre foram sinceros e honestos no que diz respeito à troca de informações acerca da criança.

Verificamos também que a educadora E3 ouviu os pais e acedeu ao seu pedido de dar tempo à criança para se desenvolver.

(...) combinámos enquanto equipa... vá, do filho aguardar mais um bocadinho, porque achámos que sim, como ele tinha um padrão de desenvolvimento mais tardio iam dar-lhe mais tempo (E3).

Como pontos de divergência verificamos que a educadora refere que as suas preocupações, para além da linguagem, também passam pelo comportamento com o restante grupo, o baloiçar-se e na produção de sons que se assemelham a grunhidos.

Foi a comunicação, a linguagem não só e a comunicação, eu não estou só a falar da linguagem verbal, do comportamento dele também (...) depois balançava na cadeira e depois fazia grunhidos para comunicar ou quando estava ansioso (E3). (ver tabela 35).

**Tabela 35**

**Caso 3 – Entrevista E3**

| <b>Caso 3 – Entrevista E3</b>   |  |
|---|--|
| <b>Pontos de convergência</b>   | <b>Pontos de divergência</b>   |
| Considerou os pais sinceros e honestos consigo.<br>Aceitação do pedido de tempo por parte dos pais. | Características observadas na criança: <ul style="list-style-type: none"><li>• Comunicação, não só ao nível verbal como também do comportamento.</li><li>• Fuga ao contato visual;</li><li>• Balanceamento nas cadeiras;</li><li>• Efetuava grunhidos;</li><li>• Não conseguia estar em “roda” com os restantes colegas.</li></ul> |

**10.3.2 Caso 3 – Entrevista E3.1**

Como pontos de convergência a educadora E3.1, refere que os pais revelam-se desportos para a problemática da criança, uma vez que têm aceitado tudo o que lhes vai transmitindo e diz-nos que terá a ver com o fato de já ter sido iniciada a intervenção precoce no ano letivo anterior com outra educadora o que facilita o processo de comunicação com esta família.

Os pontos de divergência prendem-se com as características observadas na criança que a família ainda não consegue observar (ver tabela 36).

**Tabela 36**

**Caso 3 – Entrevista E3.1**

| <b>Caso 3 – Entrevista E3.1</b>                                     |   |
|---|---|
| <b>Pontos de convergência</b>                                       | <b>Pontos de divergência</b>  |
| Colaboração da família.<br>Aceitação das preocupações da educadora. | Características observadas na criança: <ul style="list-style-type: none"><li>• Produção de sons: sons guturais que acompanham a ação, de forma repentina.</li></ul> |

## 10.4 Caso 4 – Entrevista M4

Quanto aos pontos de convergência na entrevista da mãe do caso 4, verificamos que a mãe acabou por procurar ajuda especializada e quando o médico referiu que o seu filho poderia ter sobredotação, a mãe considerou que poderia haver mais algum tipo de problemática associada devido ao seu atraso na linguagem.

(...) falei com o pediatra, o pediatra insistia que era uma situação mais do foro psicológico para ser analisado... o pediatra... uma pequena sobredotação, mas eu achava até que podia haver uma sobredotação mas havia outras partes que ele não estava a desenvolver que não era suposto porque ao nível da comunicação ele era muito metido com as coisas dele. (M4)

Verificamos que no presente ano letivo a mãe considera que existe um trabalho em sintonia entre a escola e a família.

Eu acho que temos estado todos em sintonia desde o início deste ano, ainda agora chegamos à conclusão, a C. sozinha, acho muito bem que ela tenha chegado à conclusão porque eu já tinha dito diversas vezes que o P. tinha baixa produção de melatonina, se o forcarem a dormir a sesta ele à noite não consegue adormecer antes da uma e meia da manhã (...) (M4).

Verificamos também que a mãe aceitou a referência para a IP.

Como pontos de divergência verificamos que apesar de a educadora E4 na sua entrevista revelar que transmitiu as suas preocupações à mãe quanto aos sinais de risco detetados no seu filho, a mãe afirma que não foi a educadora a transmiti-los.

Não foi a educadora que me disse, eu tive que ficar com o P. em casa com 18 meses, primeiro eu já me tinha apercebido que ele não reagia às coisas da mesma forma (M4).

Pela análise de conteúdo da entrevista da mãe (M4) conseguimos perceber que a mãe se encontra neste momento completamente perdida, pois num momento diz-nos que o cérebro do filho se encontra “ligado” e no momento seguinte já diz que se encontra “desligado”.

(...) o P. tem o cérebro todo ligado não há aqui... as únicas zonas que estão a vermelho são a parte linguística e isto tem a ver com o facto na zona temporal os laterais só estão desligados estão a vermelho e vão ser ligados agora com a neuro terapia, estão desligados somente porque ele teve, portanto durante a hipertrofia...(M4).

Verificamos também que já existe um diagnóstico de PEA na criança feito por uma instituição de neuro desenvolvimento, mas a mãe não o aceita.

O diagnóstico está dentro do PEA mas ele preenchia portanto, ele preenchia... a pessoa que lhe fez a avaliação nunca conseguiu interligar-se com o P. nunca conseguiu

conectar-se com o P. por diversos fatores que eu tentei explicar à senhora e a senhora não... achava que tinha que ser feito daquele método e pronto e foi por ali que ela insistiu e então punha-me a criança sempre em stress... o P. em stress é lógico que o resultado não ia ser positivo não é? Pronto, resumindo o diagnóstico que ela fez da perturbação do espetro do autista está completamente... o P. só reagiu, só reage... pronto, em cem pessoas o P. só reagiu assim com ela, mesmo com mais ninguém. Entretanto fomos fazendo outras avaliações com terapeutas com tudo mais e ninguém, nem a intervenção precoce do estado, ninguém considera que seja este o problema do P. (...) (M4).

Podemos verificar que a mãe procura várias respostas para as dificuldades do filho rejeitando sempre o diagnóstico inicial.

(...) o problema do P. agora veio-se a confirmar com um neuro feedback, finalmente conseguimos fazer o neuro feedback... (...) e confirmou-se que o P. não é autista, portanto o P. tem o cérebro todo ligado não há aqui... as únicas zonas que estão a vermelho são a parte linguística e isto tem a ver com o facto na zona temporal os laterais só estão desligados estão a vermelho e vão ser ligados agora com a neuro terapia, estão desligados somente porque ele teve, portanto durante a hipertrofia... aquele entre os 9 e os 20 meses... que fez a hipertrofia das amígdalas e dos adenoides, ele não recebia oxigénio suficiente e não houve capacidade do cérebro por falta de oxigénio (...) (M4).

(...) Isso aliado a uma coisa que nós em Portugal não fazemos que é, nós não fazemos no terceiro trimestre de gravidez uma análise ao microbioma da mãe e que devia ser feito porque aparentemente, eu também não sabia, mas os bebés no terceiro trimestre de gravidez vão copiar o funcionamento intestinal da mãe para a vida, pronto, se a mãe por acaso estiver numa fase de stress ou tiver uma disfunção durante aquele período (...) é exatamente esse erro que ele vai copiar e não o que deveria ser. Como não há uma análise ao microbioma da mãe, ele pode ter um mau funcionamento intestinal, portanto uma disfunção mitocondrial por causa da mãe estar a funcionar mal naquele período, o que provoca que... uma coisa que poderia ser resolvida com um simples (...) suplementação durante a gravidez acaba por criar um problema durante anos (...) (M4). (...) não vai produzir as enzimas suficientes que são necessárias para o intestino processar nutrientes com glúten, como a caseína, proteína animal do leite como a lactose, e tudo o mais o que faz com que esses alimentos tenham que ser retirados e depois posteriormente com calma introduzi-los mas primeiro tem que se tratar da parte da inflamação cerebral e resolver aquilo que... ou seja temos que fazer um *reset* ao P., fazer um *reset* intestinal, fazer um *reset* a tudo. Basicamente temos que o reiniciar para depois ele poder funcionar como os outros, mas isto não é autismo (...) (M4).

A mãe refere que o filho não é autista, no entanto, indica comportamentos na criança que podem ser característicos da PEA.

(...) o único critério que o P. preenche, às vezes excepcionalmente, algumas vezes ainda o vejo a brincar em bicos de pés, mas o irmão também anda e ele não é autista, portanto é brincadeiras dos miúdos mesmo, é a única coisa que eu vejo. Tem realmente... já lhe passou, já lhe voltou a compulsão de morder, morder (...) está muito na parte da textura do tecido, eu acho que isto tem muito a ver com a integração sensorial que ele mete tudo o que é tecidos à boca, até agora eram coisas duras, agora é a parte dos tecidos que é mesmo uma forma de controlar a ansiedade dele (M4).

A mãe afirma que quando soube das NEE do seu filho, teve a percepção que iria iniciar uma guerra caso a escola não colaborasse.

Francamente? Que tinha à minha frente uma guerra descomunal porque ele ficar bem ia ficar, isso é ponto assente, mas eu ia ter uma guerra descomunal com toda a gente que me ia aparecer pelo caminho, provavelmente ia, mas mais uma guerra foi o que pensei (M4).

(...) que se a escola não colaborasse eu ia ter que mudar de escola (...) (M4).

A mãe refere não ter ajuda de ninguém, justificando com o facto de as pessoas não compreenderem o problema do seu filho, refere ainda não ter tido as informações necessárias para lidar com os sinais de risco da criança.

(...) ninguém percebe o problema que o P. tem (...) Eu é que fui à procura e não foi no CADIN que fui buscar a informação com toda a certeza (...) Se as pessoas não percebem como é que podem me apoiar? (M4) (ver tabela 37).

**Tabela 37**

**Caso 4 – Entrevista M4**

| <b>Caso 4 – Entrevista M4</b>  |   |
|--|---|
| <b>Pontos de convergência</b>  | <b>Pontos de divergência</b>  |
| Características observadas na criança: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Momentos em que está ligado e momentos que está desligado;</li> <li>• Monta e desmonta objetos;</li> <li>• Fraca comunicação;</li> <li>• Andar em bicos de pés;</li> <li>• Compulsão por morder objetos de diferentes texturas.</li> </ul> A Educadora E4 alertou para as dificuldades na criança. | Não foi a Educadora E4 a comunicar os sinais de risco na criança.<br>Diagnóstico dentro do PEA, mas a mãe não o considera válido.<br>Neurofeedback que revela que a criança não é autista.<br>Refere que a criança tem o cérebro todo “ligado”.<br>A parte cerebral que está “desligada” é a linguagem que irá ser “ligada” com a neuroterapia. |

---

|   |  |
|---|--|
| <p>Procurou informações e bibliografia para tentar perceber as características do seu filho.</p> <p>Sentimento de sintonia com a equipa da sala da criança.</p> | <p>A problemática da criança deve-se a uma hipertrofia das amígdalas e dos adenoides.</p> <p>A criança realiza atividades que as crianças ditas “normais” não conseguem, não fala apenas porque ainda não especializou o cérebro.</p> <p>A problemática da criança deve-se à disfunção intestinal da mãe no terceiro trimestre de gravidez por não ter sido realizado um teste ao microbioma da mãe.</p> <p>A criança deverá efetuar um <i>reset</i> intestinal.</p> <p>A criança deverá ser reiniciada para poder funcionar como as outras crianças.</p> <p>A problemática da criança não é PEA.</p> <p>Sentimento de revolta face à problemática da criança e ao que a envolve.</p> <p>Não colaboração da escola determinará a mudança de escola.</p> <p>Sentimento de incompreensão da problemática da criança pelo outro.</p> <p>Não se sente ajudada.</p> <p>Não teve apoios.</p> <p>Necessidade de maior abertura e cedência por parte da educadora E4.</p> <p>Necessidade de adaptação educacional às novas realidades.</p> |
|---|--|

---

#### 10.4.1 Caso 4 – Entrevista E4

Podemos observar na tabela 38 que existem alguns pontos de convergência no caso 4. A educadora E4, depois de alguma insistência e de pedir à mãe para observar os comportamentos da criança em sala, conseguiu que a mesma conseguisse ver os sinais de risco no seu filho.

(...) insisti um bocadinho na... para ela ver as ações do P. dentro da sala com os outros colegas, para ver as diferenças que havia entre eles e ela questionava-me muitas vezes a dizer assim: “Mas o P. faz isto? O P. roda sempre o mesmo brinquedo?” eu dizia-lhe

que sim e ela foi observando, muitas vezes punha-se na janela até da sala e depois começou a aceitar algumas... algumas coisas que a gente dizia. (E4)

Podemos verificar que existia uma comunicação diária com a mãe.

(...) a mãe ia de manhã à sala e ao final do dia tínhamos a auxiliar que foi um trabalho muito bom entre mim e a minha colega, tínhamos sempre este feedback com a mãe (...) (E4).

Após a comunicação dos sinais de risco a educadora E4 refere que a mãe iniciou uma busca por ajuda e maior conhecimento da problemática.

(...) quando aceitou ela própria quis, ela foi muito lutadora foi uma mãe muito... quis também ir procurar ajuda fora da instituição a nível de médicos, foi a vários médicos e... pronto quando ela percebeu que as outras pessoas também do exterior sem ser eu também apoiavam nisto de ele ter alguma dificuldade, uma necessidade de educativa, ela foi-se apercebendo e foi aceitando muito melhor e foi também trabalhando com ele algumas coisas como a música e pronto outras coisas para ajudar (E4).

A educadora E4 refere que houve um sentimento de satisfação quando recebeu uma mensagem da mãe a transmitir-lhe que realmente entendia as suas preocupações relativamente ao seu filho.

(...) até que pronto recebi uma mensagem da mãe a dizer que foi uma luta, mas que aceitou e que percebeu mesmo que o filho precisa de ajuda (E4).

Refere ainda que o seu sentimento foi de felicidade quando percebeu que a mãe tinha aceite a ajuda para o seu filho.

Eu senti-me super feliz porque como eu disse há bocado quanto mais cedo a gente ajudar estas crianças melhor, nós temos que as inserir na sociedade e esse apoio para mim é fundamental eu sou muito a favor de quanto mais cedo melhor (E4).

Relativamente aos pontos de divergência, a educadora E4 refere que a criança apresenta movimentos estereotipados, isola-se do grupo, não faz contato visual e revela ausência de comunicação e linguagem.

O P. não falava, fazia barulhos, “guinchava”, não compreendia qualquer ordem que eu dizia, subia para cima das mesas como se nada fosse, eu dizia para ele sair e ele não saía, não tinha esta compreensão...tinha sempre os movimentos repetitivos... rodar brinquedos... pronto era sempre repetitivo... a ação que ele estava a fazer era sempre repetitiva e não interagia também com os colegas... era... isolava-se muito e não olhava nos nossos olhos, nós chamávamos por ele e ele não... não ouvia, não reagia. (E4)

A educadora E4, refere que se sentiu frustrada, sentiu dificuldade em chegar até à mãe porque considera que a mãe estaria a tentar evitar o problema.

(...) a observação é essencial neste momento observação com a mãe explicar à mãe ao mesmo tempo “está a ver?” e eu senti-me muito frustrada muito pronto... era difícil eu estar-lhe a explicar se a mãe às vezes também não consegue ver (E4). (ver tabela 38)

**Tabela 38**

**Caso 4 – Entrevista E4**

| <b>Caso 4 – Entrevista E4</b>   |  |
|---|--|
| <b>Pontos de convergência</b>   | <b>Pontos de divergência</b>   |
| <p>Intervenção com a mãe de forma a observar as atitudes da criança na sala.</p> <p>Após observação a mãe mostrou mais abertura à comunicação dos sinais de risco pela educadora.</p> <p>Comunicação diária entre a equipa da sala e a mãe.</p> <p>Após aceitação da comunicação dos sinais de risco a mãe iniciou uma busca por ajuda e maior conhecimento da problemática.</p> <p>Reconhecimento por parte da mãe de que a criança necessitava de ajuda.</p> <p>Sentimento de felicidade por ter conseguido que a mãe aceitasse a ajuda para o seu filho.</p> | <p>Não aceitação da comunicação dos sinais de risco por parte da mãe.</p> <p>Características observadas na criança:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não falava;</li> <li>• Fazia barulhos e “guinchava”;</li> <li>• Problemas de compreensão;</li> <li>• Movimentos repetitivos;</li> <li>• Não interagia com os colegas;</li> <li>• Isolava-se do restante grupo;</li> <li>• Não mantinha contato visual;</li> <li>• Não respondia ao seu nome.</li> </ul> <p>Sentimento de dificuldade.</p> <p>Sensação de frustração ao não conseguir chegar à mãe.</p> <p>Não conseguir efetuar a comunicação necessária com a mãe por a mãe evitar a problemática.</p> |

**10.4.2 Caso 4 – Entrevista E4.1**

Como pontos de convergência verificamos que a mãe aceitou a referenciação para a IP, por parte de educadora E4.1 e que procurou ajuda exterior para a criança que se encontra a ser acompanhada por técnicos de uma instituição de neuro desenvolvimento.

(...) eu já fiz a sinalização a mãe assinou, esse pedido já foi feito... ah, neste momento ele está a ser acompanhado mas a título particular da mãe pronto... portanto acho que sim a equipa de... neste momento acho que pronto... realmente ele deve ser

acompanhado pela intervenção precoce, isso só iria ajudar ainda mais a desenvolver...(...) (E4.1).

A Educadora E4.1 refere existir uma comunicação diária com a mãe durante a manhã, no período de acolhimento.

(...) é nesse momento do acolhimento que eu falo sempre com a mãe (E4.1).

A Educadora considera a mãe muito acessível e refere que a mãe aceita a sua opinião.

Desde o início do ano letivo cada vez que falo com a mãe, a mãe é uma pessoa acessível e tem sempre aceite a minha opinião (...) (E4.1).

A Educadora considera que a certo ponto, existe uma aceitação da problemática da criança e uma maior abertura por parte da mãe, a receber as informações e conhecimentos que lhe eram dados pela educadora e a direcioná-los para a ajuda ao seu filho.

(...) nunca recusou a minha opinião pronto... sempre respeitou... e o que é que aconteceu... eu senti que houve ali uma altura em que ela acaba por aceitar que há qualquer coisa que se passa no seu filho, acaba por aceitar, acaba por ver também as outras crianças não é? Que já falam, que têm outro desenvolvimento, outra autonomia e acaba por ver que realmente o seu filho não está dentro daqueles parâmetros do grupo em que ele está inserido pronto, portanto a determinada altura nós a equipa educativa acabamos por perceber que a mãe já está a aceitar e que a mãe está com aquele comportamento o que é que é preciso fazer para eu salvar o meu filho (E4.1).

(...) eu nunca senti por parte da mãe do P., hum... estar a jogar à defesa comigo, não aceitar aquilo que eu lhe dizia, eu acho que ela... pronto... que acabou por... no final do ano letivo anterior ela acabou por perceber que havia ali qualquer coisa que não estava bem pronto... e então este ano letivo quando iniciou a sua própria postura já era diferente... pronto... já estava mais aberta a receber as nossas informações, os nossos conhecimentos e aproveitá-los para ajudar o próprio filho portanto esses sinais de risco, não é? (...) (E4.1).

Relativamente aos pontos de divergência verificamos que as características observadas na criança diferem das referidas pela mãe.

(...) não comunica verbalmente (...) ainda hoje ele não brinca com os amigos (...) tem comportamentos hum... estereotipados, movimentos repetitivos quando está contente por exemplo abana muito as mãos... hum... tem ao longo deste ano letivo tem mostrado algumas fixações por determinados objetos tem uma enorme fixação por telemóveis, neste momento está a ter por relógios (...) (E4.1).

A educadora E4.1, refere que presenciou os comportamentos da criança quando esta ainda se encontrava na sala da educadora E4 e confirma-nos que eram

comportamentos atípicos, relata também que assistiu, por diversas vezes, às conversas entre a mãe e a E4 e a mãe negava sempre a problemática da criança.

(...) ao estar na sala ao lado sempre presenciei alguns comportamentos do P. que a nosso ver não eram ditos normais e que não estavam dentro dos parâmetros do desenvolvimento da criança (...) acabei por presenciar muitas das vezes as conversas que a educadora tinha com a mãe, inicialmente a mãe negou logo... que não poderia haver alguma problemática com o seu filho, o seu filho era uma criança dentro dos parâmetros normais, não tinha qualquer problema a nível do desenvolvimento, a educadora (E4) muitas das vezes abordou o assunto mas a mãe recusava sempre e agia sempre à defesa... (...) (E4.1).

A educadora E4.1 refere ter um bom relacionamento com a mãe M4, no entanto, refere que a mãe tenta sempre sobrepor a sua opinião à dela.

(...) a mãe é uma pessoa acessível e tem sempre aceite a minha opinião, embora (...) tente sobrepor a opinião dela sobre as coisas pronto... sobre o desenvolvimento (...) (E4.1).

A educadora E4.1 revela-nos que a mãe não tem noção do trabalho que é desenvolvido em sala com o filho, refere ainda que a mãe espera (ao nível das produções) mais do filho do que aquilo que ele realmente consegue produzir. E afirma que a mãe lhe comunicou que até à ingressão no 1º ciclo, o filho tem que estar preparado.

(...) eu sinto que a mãe exige mais do que aquilo que o P. é capaz ao invés de ficar satisfeita e contente por ele já ter atingido aquele objetivo de já estar naquele patamar (...) aquilo que eu sinto é que a mãe não tem noção do trabalho, não é? Que é, e que eu estou a ter com esta criança e está muito aquém de perceber o que é que para nós é importante e o que é que para nós é valorizado. (...) porque a mãe está muito preocupada porque o meu filho não fala e quando o meu filho chegar aos 6 anos, o meu filho tem que estar a falar e tem que estar preparado para a entrada no 1º ciclo como todas as outras crianças (...) (E4.1) (ver tabela 39).

**Tabela 39**

**Caso 4 – Entrevista E4.1**

---

| <b>Caso 4 – Entrevista E4.1</b>   |   |
|---|---|
| <b>Pontos de convergência</b>   | <b>Pontos de divergência</b>  |
| <p>Consulta de desenvolvimento pedida pela mãe após intervenção da educadora.</p> <p>Instituição de neuro desenvolvimento que vem à escola intervir com a criança.</p> <p>Mãe mostra-se acessível.</p> <p>Aceitação da problemática da criança.</p> <p>Aceitou a referenciação para a IP.</p> <p>Comunicação diária com a mãe.</p> <p>Maior abertura da mãe a aceitar informações e conhecimentos da educadora.</p> | <p>Presenciou comportamentos fora dos parâmetros normais do desenvolvimento da criança.</p> <p>Presenciou a dificuldade na aceitação da mãe relativamente à comunicação dos sinais de risco efetuada pela Educadora E4.</p> <p>A criança tem diagnóstico de PEA, mas a mãe não aceita.</p> <p>A mãe tenta sobrepor as suas opiniões.</p> <p>Características observadas na criança:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Não comunica verbalmente;</li><li>• Não interage com os pares;</li><li>• Comportamentos estereotipados;</li><li>• Movimentos repetitivos;</li><li>• Fixação por objetos tecnológicos.</li></ul> <p>Expetativa elevada da mãe para com as reproduções do filho.</p> <p>Sentimento de não valorização do trabalho do Educador.</p> <p>Preocupação da mãe com a entrada no 1º ciclo confiando que a criança esteja preparada como as outras crianças.</p> |

---

## Discussão de resultados

No presente estudo, procurámos conhecer as representações dos Educadores de Infância na comunicação de sinais de risco às famílias e identificar as necessidades da família durante e após essa comunicação.

Para o efeito, e a título ilustrativo, seleccionamos 4 casos constituídos por 4 mães de crianças com problemas de desenvolvimento que nos relataram a sua experiência de lhes ser transmitido os sinais de risco detetados pelas educadoras nos seus filhos e ouvimos igualmente as respetivas educadoras que desempenharam o papel de abordar as famílias.

No caso 1 apresentamos uma menina diagnosticada com atraso de desenvolvimento. As primeiras dificuldades são relatadas pela mãe na entrevista de anamnese indicando que a bebé tinha alterações de sono. Embora tenha apresentado a maioria dos marcos desenvolvimentais na idade esperada. Quanto à linguagem, a mãe refere que a criança começou a falar aos 12 meses, mas só era compreensível para os pais. A mãe refere que neste momento, a criança consegue relatar fatos em sequência temporal, mas com alguma dificuldade expressiva. Estas dificuldades compreensivas, sucedem igualmente no domínio cognitivo (a mãe refere que a sua filha não consegue fazer puzzles). Neste processo de compreensão do desenvolvimento da filha considera que a educadora teve uma abordagem positiva em relação à **informação dos sinais de risco**, por lhe transmitir sempre as suas preocupações e dando-lhe sempre o *feedback* das atividades realizadas.

No caso 2 apresentamos um menino diagnosticado com atraso no desenvolvimento. Este menino, está sob a guarda dos tios, por ordem do tribunal, depois de uma tentativa de filicídio no primeiro mês de vida.

Quanto à linguagem, a tia refere que a criança gagueja, mas consegue relatar fatos em sequência temporal sem qualquer tipo de dificuldade. Segundo a tia, a criança não revela qualquer dificuldade ao nível psicomotor. Neste processo de compreensão do desenvolvimento do sobrinho considera que a educadora teve uma abordagem positiva em relação à **informação dos sinais de risco**, por depositar muita confiança na educadora.

No caso 3 apresentamos um menino diagnosticado com atraso de desenvolvimento. As primeiras dificuldades são relatadas pela mãe na entrevista de anamnese indicando que desde bebê a criança tem o movimento de se balancear no sofá quando está a ver televisão. A mãe refere que a criança sempre teve um atraso nos marcos desenvolvimentais para a idade, por exemplo: a aquisição da marcha, justificando com o facto com casos semelhantes na família. Quanto à linguagem, a mãe refere que o seu filho começou a dizer algumas palavras quando tinha 1 ano, mas pouco perceptíveis. Neste momento, com 5 anos, a mãe refere que a criança tem muitas dificuldades na articulação das palavras e não consegue relatar fatos em sequência temporal. Neste processo de compreensão do desenvolvimento do filho, também considera que a educadora teve uma abordagem positiva, mas receosa, em relação à **informação dos sinais de risco**.

No caso 4 apresentamos um menino diagnosticado com Perturbação do Espectro do Autismo. As primeiras dificuldades são relatadas pela mãe na entrevista de anamnese indicando que o parto durou 26 horas, na sua opinião, por negligência médica. Aos 3 anos, ainda não adquiriu o controlo dos esfíncteres. Quanto à linguagem, a mãe refere que a criança começou por dizer a palavra “mamã” aos 6 meses, mas que a partir desse momento tornou-se uma criança muito “silenciosa”. Atribui essa situação a um episódio de hipertrofia das amígdalas que a criança teve. A mãe refere que o seu filho anda em bicos de pé e tem a compulsão de morder várias texturas, neste momento, tecidos. Ao nível da compreensão a mãe considera que o seu filho atende ordens simples e que compreende bem o que lhe é dito. Neste processo de compreensão do desenvolvimento do filho, considera que a educadora não teve uma abordagem positiva, em relação à **informação dos sinais de risco**, pois considera que a educadora deveria ter tido mais abertura.

Assim, os dados do nosso estudo indicam que a maioria das mães do nosso estudo consideram que as educadoras tiveram uma abordagem positiva em relação à **informação dos sinais de risco**. Somente, uma mãe refere que a educadora deveria ter tido mais abertura no processo de comunicação dos sinais de risco, revelando assim autocrítica. A comunicação é via e o meio no qual se estabelecem relações de parceria entre pais e professores/educadores. Neste sentido, Correia (1999) enfatiza o estudo experimental de Stonestreet, Johnston e Acton (1991), no qual os autores concluíram

que para estabelecer uma comunicação eficaz que contribua para uma parceria entre a escola e as famílias, os profissionais devem impulsionar um ambiente de partilha, no qual se estimule a participação e intervenção dos pais reconhecendo as suas diferentes características e necessidades. Assim, cabe aos profissionais, responder às necessidades da família de comunicação, informação ou encaminhamento de acordo com os pedidos e necessidades manifestadas pelas famílias, devendo ser essa assistência de cariz emocional, informativo, instrumental e material (Branco, 2014).

Três mães afirmam ter conhecimento dos sinais de risco nos seus filhos, quando estes tinham entre os 18 meses e os 3 anos de idade, tendo-se focado nas dificuldades da linguagem, contudo, os problemas de linguagem não são somente expressivos, mas também compreensivos e associados a vários domínios do desenvolvimento (incluindo o domínio cognitivo e relacional). Apenas a tia, refere nunca se ter dado conta dos sinais de risco detetados no seu sobrinho.

A análise dos dados permite-nos verificar diferentes **reações por parte das mães na fase inicial da comunicação dos sinais de risco**. No caso 1, apesar de a mãe ter detetado sinais de risco no seu filho, acaba por “desvalorizar” a preocupação da educadora ao aceitar somente as dificuldades na linguagem. No caso 2, a tia (cuidadora da criança) temia que as complicações fossem piores. Pelo contrário, no caso 3 verificamos que a mãe se sente preocupada e acarreta algum sentimento de culpa pelos sinais de risco detetados no seu filho. O caso 4, revela-nos uma mãe revoltada e esperançosa na “cura” do seu filho. Curiosamente, este estudo tendo apenas quatro casos relata uma diversidade de experiências e sentimentos, indicando por ventura que existe multiplicidade de realidades no seio das famílias.

Martim e Alves (2013) apresentam uma revisão da literatura baseada nas fases e reações transversais dos pais com crianças com NEE. Assim sendo, podemos questionar se a mãe do caso 1 poderá encontrar-se na fase dois, em que os pais procuram minimizar a situação desvalorizando-a. A mãe do caso 2, poderá estar na fase um, uma vez que o primeiro confronto com a notícia de NEE é caracterizado pela incapacidade de reação. A mãe do caso 3, poderá encontrar-se entre a fase dois e a fase três, por um lado desvaloriza alguns comportamentos observados no seu filho, mas por outro, começou a empreender esforços na tentativa de auxiliar o seu filho. À semelhança do caso 3, o caso 4 também se poderá encontrar entre a fase dois (negação) e a fase três (reação). Contudo, esta é uma tipologia que agrupa de um modo

geral a reação das famílias e cada família terá de ser compreendida pelas suas especificidades e não por atribuições valorativas. O profissional de educação e de intervenção precoce mais do que se escusar através do uso de tipologias classificativas deverá fazer um esforço para compreender as preocupações, inseguranças e receios de cada família (Fuertes, 2016).

Os dados indicam que relativamente às expectativas atuais que as mães têm em relação aos seus filhos, verificamos que nos três primeiros casos, as mães permanecem na fase dois (negação) de Martim & Alves (2013), em que continuam a desvalorizar as características dos seus filhos. No caso quatro a mãe permanece entre a fase dois (negação) e a fase três (reação).

Segundo Fuertes (2019), a família é quem melhor conhece a criança e, portanto, torna-se detentora de informação preciosa para os técnicos, que devem ouvi-la e respeitá-la. É a família que conhece os hábitos, os interesses e as necessidades da criança e por esse motivo os técnicos podem ajudar a concretizar os objetivos da intervenção numa parceria.

Segundo a mesma autora a investigação sobre o papel da família identificou várias fases (gerações) na relação entre técnicos e pais e avaliou os seus resultados (Chaves de Almeida, 2007; Fuertes, 2016) que são: o *não envolvimento*, em que a família não participava na intervenção e eram meramente informados das decisões dos técnicos; o *envolvimento passivo*, em que a família passou a ser envolvida e os seus problemas e necessidades eram ouvidos, mas eram os técnicos que faziam o “diagnóstico” e planeavam toda a intervenção; o *envolvimento ativo*, a equipa formula o plano de intervenção com a família e a família é envolvida nas atividades designadas para a criança (corresponsabilização da família) e por último o mais recente *práticas centradas na família*, neste modelo a família assume-se como um membro da equipa tomando parte das decisões. Os apoios não são só para a criança, mas também para a família. Os resultados do nosso estudo parecem indicar que as educadoras, através das entrevistas realizadas, ainda não se encontram na última geração em que os apoios, não são apenas para as crianças, mas também para as famílias. Parece-nos pertinente acrescentar que seria necessário, em primeiro lugar, um maior envolvimento e compreensão das famílias por parte das educadoras para depois conseguir que essa comunicação de sinais de risco seja eficaz.

Na **perspetiva das educadoras, a reação que a família apresentou na comunicação de sinais de risco** também se poderá enquadrar na revisão de literatura baseada nas fases e reações transversais aos pais de crianças com NEE de Martim & Alves (2013). Assim sendo, no caso 1, tanto a educadora titular como a técnica de IP relatam reações da família que a posicionam na fase 2 (negação). No caso 2, a educadora refere que a família se encontra na fase 3 (reação). No caso 3, a educadora que comunicou inicialmente os sinais de risco aos pais posiciona-os na fase dois (negação), a educadora que o acompanha no presente ano letivo refere que a mãe já se encontra na fase três (reação). No caso 4, os dados indicam que a educadora que iniciou a comunicação de sinais de risco com a mãe posiciona-a na fase dois (negação) e a educadora do presente ano letivo coloca-a entre a fase 2 (negação) e a fase 3 (reação). Contudo, a comunicação é um processo e não um estado, o profissional deverá reconhecer a importância do papel dos pais e considerar os pais como especialistas dos seus filhos como premissas no trabalho com as famílias (Brazeltos & Sparrow, 2003). No nosso estudo, podemos inferir que as educadoras se encontram muito focadas na aceitação por parte dos pais de um diagnóstico na criança e acabam por deixar de lado aquilo que realmente é fundamental, que passa pelo envolvimento pleno das famílias. O profissional lida com o desafio da apropriação das evidências empíricas no seu campo de ação. Para tal, o técnico tem de selecionar evidências do tipo A (estudos meta-analíticos), B (estudos experimentais, generalizáveis, em larga escala), até aos *single case studies* para aplicar na sua prática sem deixar de individualizar as respostas e de responder à singularidade de cada família e criança (Fuentes, 2019). Após a comunicação dos sinais de risco às famílias, verificamos nos dados recolhidos, que as educadoras referem que, de um modo geral as famílias aceitaram os encaminhamentos para a IP. Excetuando uma educadora que refere não verificar qualquer alteração na reação da família ao lhes ser comunicados os sinais de risco e após essa comunicação. Ao aceitar o encaminhamento, podemos inferir que as famílias estão despertas para a problemática da criança, mesmo que ainda tenham algum caminho a percorrer na aceitação da totalidade dos sinais de risco detetados pelas educadoras.

Os resultados do nosso estudo indicam que três mães, das quatro do nosso estudo, **tinham conhecimento dos sinais de risco, antes da comunicação por parte da**

**educadora.** No entanto, verificamos que as mães não procuraram ajuda para esses sinais de risco detetados.

Segundo Fuertes (2016), quando uma criança tem um problema os pais são, geralmente, os primeiros a preocuparem-se. Podem não ter a especialização técnica necessária, mas são os maiores conhecedores dos seus filhos. No entanto, alguma investigação indica que os pais têm receio de demonstrar as suas inquietações aos profissionais de saúde ou de educação para não tecerem diagnósticos ou rótulos sobre os seus filhos que os podem “marcar” (Fuertes, 2010).

Relativamente à **informação recebida pelos pais**, os dados indicam que três mães afirmam ter tido a informação necessária e apenas uma refere não lhe ter sido prestada a informação correta. De um modo geral as mães entrevistadas referem ter recebido as informações necessárias. Estudos indicam que as mães que apresentam menos "stress" são as que recebem mais ajuda de várias fontes, incluindo o marido, amigos, parentes e pais de outras crianças (Bristol, 1975). No caso 1, embora a gravidez fosse normal, o período peri e pós-natal foi vivido com alguma conturbação. O parto por cesariana foi realizado após 16 horas em trabalho de parto. Quando do nascimento, a mãe ficou apreensiva ao ser informada que o bebé tinha um dedo a mais em cada pé e algum tempo depois, a criança, foi levada para os cuidados intensivos porque deixou de se alimentar e passou a ser alimentada através de sonda. Adicionalmente, a mãe refere que a criança necessitou de apoio respiratório. Ora, este processo gerador de ansiedade e receio pelo desenvolvimento e saúde do bebé deve ser apoiado cuidadosamente pelos profissionais de saúde. No caso 2, a gravidez por si só foi conturbada, uma vez que a criança não foi desejada pela mãe de quinze anos. Após o nascimento, a mãe tentou o filicídio por diversas vezes até a criança ser retirada à mãe pelo tribunal e entregue aos tios.

No caso 3, a gravidez não foi planeada, a mãe ainda se encontrava a viver com os seus pais, mas após o choque inicial, o bebé foi muito desejado. O parto de 15 horas, teve de recorrer a fórceps, uma vez que o bebé se encontrava com o pescoço torto, dificultando o nascimento. Teve necessidade de utilizar a incubadora por ter nascido com icterícia, o que por si só deixa os pais apreensivos.

No caso 4, durante a gravidez a mãe teve insuficiência venosa. O parto foi induzido e teve a duração de 26 horas, porque segundo a mãe, o bebé tinha uma cabeça demasiado grande e no seu entender houve negligência médica. Acabou por apresentar

reclamação. Ora por si só, este processo foi gerador de ansiedade numa altura tão delicada para uma mãe de “primeira viagem”. É importante e fundamental o apoio e toda a informação necessária por parte dos profissionais nestes momentos tão cruciais.

Concomitantemente, verificamos pelos resultados do nosso estudo que as mães que se sentem apoiadas, têm uma perspetiva diferente em relação aos sinais de risco detetados nos seus filhos e ao apoio recebido pelos diferentes profissionais.

Outro apoio importante com que a família deverá contar é o apoio dos profissionais. As famílias das crianças com NEE, mais do que as outras famílias, gastam muito tempo a interagir com os profissionais. Apesar de estas interações serem, à partida, para apoiar a família, a história das interações pais-professores nem sempre tem sido positiva como o comprovam os estudos de (Bricklin,1970; Dembo, 1960; Moos, 1976; Turnbull, 1978). Os pais declararam que, quando eles esperavam obter informações acerca da sua criança e dos serviços adequados, foram muitas vezes culpabilizados e criticados por não cumprirem as orientações dos profissionais, numa altura em que estavam completamente sobrecarregados com outros problemas (Beckman - Bell, 1980; Bristol, 1979; Marcus, 1977). De igual modo, entrevistas feitas a pais revelaram que em vez de fonte de apoio, a interação pais - profissionais pode constituir uma fonte adicional de "stress" (Turnbull & Turnbull, 1978).

Contudo, e apesar destes resultados, há claras evidências de que uma interação positiva pais - profissionais constitui uma importante fonte de suporte para os pais. Aparecem com frequência relatos de profissionais que ouvem atentamente os pais, que dão informação útil e adequada e que ajudam os pais a encontrar serviços adequados ao seu filho.

Os resultados do nosso estudo, em relação ao **primeiro apoio prestado à família após a comunicação dos sinais de risco**, indicam que no caso 1, verificamos que a mãe refere sentir-se apoiada pelo marido e também pelo médico. No caso 2, a mãe sentiu apoio por parte de “todos” (familiares e profissionais). No caso 3, a mãe sentiu-se apoiada pela IP. No caso 4 a mãe refere não ter tido apoio por considerar que a problemática do seu filho não é entendida pelas outras pessoas.

A ação profissional do/a educador/a caracteriza-se por uma intencionalidade, que implica uma reflexão sobre as finalidades e sentidos das suas práticas pedagógicas, os modos como organiza a sua ação e a adequa às necessidades das crianças. Esta reflexão assenta num ciclo interativo - observar, planear, agir, avaliar - apoiado em

diferentes formas de registo e de documentação, que permitem ao educador tomar decisões sobre a prática e adequá-la às características de cada criança, do grupo e do contexto social em que trabalha. O desenvolvimento deste processo, com a participação de diferentes intervenientes (crianças, outros profissionais, pais/famílias), inclui formas de comunicação e estratégias que promovam esse envolvimento e facilitem a articulação entre os diversos contextos de vida da criança. (Lopes da Silva, Marques, Mata, & Rosa, 2016). Apesar de o papel do/a educador/a de infância ser o de comunicar e arranjar estratégias que promovam o envolvimento das famílias, verificamos no nosso estudo que apenas uma mãe refere a educadora de infância como fonte de apoio.

Os dados do nosso estudo indicam que, na **perspetiva das famílias, a forma de lidar com os sinais de risco** foi positiva nos três primeiros casos, no entanto verificamos que as características dos sinais de risco observadas pela família na criança diferem das características observadas pelas educadoras, O'Hara & Levy (1984) defendem que a forma de os pais conviverem com os seus sentimentos é através da criação de mecanismos de defesa: *negação* (os pais não aceitam que há algo de errado com os filhos), *superproteção* (os pais tentam proteger demasiado os filhos) e *projeção* (os pais colocam as responsabilidades em técnicos e outros profissionais). Podemos retirar do nosso estudo, que nos três primeiros casos, seguindo estes autores, estaremos perante a fase de negação de O'Hara & Levy (1984), em que os pais não aceitam, na totalidade os sinais de risco comunicados pela educadora. No último caso a mãe encontra-se na fase de negação e também na fase de projeção, porque por um lado, aceita algumas características da criança, mas por outro, coloca responsabilidades em técnicos ao afirmar que a avaliação de diagnóstico do seu filho está incorreta. Contudo, como já referido anteriormente, esta perspetiva agrupa de um modo geral a reação das famílias e cada família terá de ser compreendida pelas suas especificidades e não por atribuições valorativas (Fuentes, 2016).

Os resultados do nosso estudo quanto à **identificação de formas de aproximar as famílias e os educadores durante o processo de comunicação de sinais de risco** indicam que apesar de a maioria das educadoras entrevistadas referirem que os pais não aceitam a sua comunicação dos sinais de risco, verificamos que uma mãe considera

que a educadora esta a desempenhar um bom serviço e que duas mães consideram que essa comunicação deverá ser feita o quanto antes revelando assim uma abertura ao diálogo. Os dados recolhidos permitem-nos inferir que as mães aparentam estar despertas para a comunicação com as educadoras e parece-nos pertinente afirmar, que as educadoras entrevistadas não estão a conseguir comunicar eficazmente com as famílias. É fundamental que o/a educador/a possa ter acesso a uma formação contínua, preferencialmente, no local de trabalho onde exerce a sua atividade ou numa instituição de ensino superior (Correia, 1997). É importante que essa formação prepare o educador para “compreender” a situação emocional da criança; utilizar serviços de apoio; promover uma comunicação efetiva com os pais e perceber o processo administrativo que leva à organização e gestão do ambiente de aprendizagem (Correia, 1997).

Efetivamente, num estudo efetuado por Gamelas (2003), a maioria das educadoras “considera” não ter formação na área das NEE. Gamelas (2003, p.12) cita (Graham & Bryant, 1993) que “sinalizam a formação profissional como um forte indicador de qualidade.” Segundo a autora, a falta de formação coloca em dúvida o modo como são geridos os aspetos curriculares, “de estrutura e de gestão de atividades no sentido de responder às necessidades individuais das crianças incluídas.”,

Se o/a Educador/a souber trabalhar em harmonia com os pais, forma com estes uma equipa direcionada para o sucesso. Assim sendo, trabalhar com crianças com problemas de desenvolvimento exige do/a educador/a, uma multiplicidade de papéis a desempenhar, já que para além do trabalho direto com a criança, terá que ajudar as famílias a identificar as suas necessidades, localizar os recursos e promover a autonomia (Marchesi et al, 1995). Segundo Correia (1997), a relação que existe entre o/a educador/a e a família com uma criança com problemas de desenvolvimento, deve ser uma relação de trabalho que se caracteriza por uma intenção partilhada, respeito mútuo e vontade de negociação, o que implica a partilha de informação, responsabilidade, aptidões, tomada de decisões e confiança. Assim, a confiança e o respeito são fundamentais para que haja uma comunicação eficiente entre as famílias e os profissionais. Deste modo, a mudança de práticas para serviços centrados na família, conduz a uma mudança nas relações de poder entre famílias e profissionais (Turnbull, Turbiville, & Turnbull, 2000). Adicionalmente, Rapport (1981) refere que é necessário que os técnicos abandonem os tradicionais desempenhos de papéis paternalistas e assumam posturas de parceiros, partilhando conhecimentos e recursos.

Fuertes (2019) sintetiza os benefícios da participação da família se devem a três grandes ordens de razão: o conhecimento sobre a criança, a continuidade que os pais podem dar às práticas dos técnicos diariamente e a melhoria da qualidade da prestação parental, porque muitas vezes os pais têm falta de informação ou dificuldade em responder à criança por problemas pessoais, profissionais ou de saúde.

Quanto à **identificação de novas estratégias na comunicação dos sinais de risco às famílias**, nos dados recolhidos podemos constatar que as mães entrevistadas, de um modo geral, reconhecem as educadoras como profissionais competentes, quando dão sugestões para as educadoras transmitirem os sinais de risco às famílias no futuro. Atribuem aos educadores de infância um papel primordial nesta comunicação, pois consideram que os educadores ao terem um contato diário e privilegiado com a criança conseguem identificar as características que as levam a detetar os sinais de risco. No entanto, parece-nos pertinente afirmar que é necessária formação adequada ao nível da comunicação das educadoras para com as famílias, uma vez que a eficácia da intervenção com crianças com NEE e as suas famílias é, provavelmente, influenciada pelo grau e preparação dos profissionais para desenvolver esse trabalho.

Segundo Fuertes (2019), a eficácia e o sucesso das práticas de intervenção dependem das relações estabelecidas entre a equipa de técnicos e a família. A confiança conquista-se no tempo, não é de esperar que a família nos primeiros contatos partilhe todas as suas dificuldades e necessidades. O profissional deve fazer um esforço de abertura e honestidade na comunicação para criar um elo de confiança que depois de estabelecido servirá para que a família se possa apoiar no profissional e o profissional na família.

Em relação à **perspetiva do educador face ao quadro de desenvolvimento da criança**, os resultados do nosso estudo revelam-nos que a maioria das educadoras refere que as crianças que acompanham têm problemas ao nível da linguagem, tal como é referido pela maioria das mães. No entanto, verificamos que as educadoras, para além da linguagem, relatam outras preocupações referentes a outras áreas do desenvolvimento, tais como, a interação com os pares, as reações no grupo de crianças, balanceamentos, movimentos estereotipados que não são referidas pelas mães. Podemos inferir, mais uma vez, que existe uma lacuna na comunicação entre as educadoras e as famílias que não está a permitir a realização de um trabalho adequado

às reais necessidades da criança. Parece-nos que as educadoras do nosso estudo estão muito centradas nas dificuldades da criança o que não lhes permite refletir sobre o seu papel enquanto profissionais. É importante centrar as práticas, não apenas na criança, mas principalmente no seu contexto familiar e ambiental, ou seja, no seu contexto ecológico. Neste sentido, exige-se que os profissionais de educação possuam competências favoráveis à dinâmica da comunicação, pois a relação que se estabelece entre a escola e a família deverá caracterizar-se pela partilha de informação, responsabilidade, aptidões, tomada de decisões e confiança (Correia, 1999).

**Relativamente às preocupações dos educadores ao detetarem sinais de risco na criança**, os dados revelam que a maioria das educadoras entrevistadas referem possuir sentimentos de frustração, impotência, desamparo e receio na reação das famílias e apenas uma refere se ter sentido tranquila durante o processo de comunicação de sinais de risco às famílias, uma vez que a família já se encontrava a ser acompanhada pela intervenção precoce. Verificamos ainda pelas entrevistas analisadas, que duas educadoras apesar de se sentirem receosas nesse processo, sentem que estão a desempenhar o seu papel como profissional e sentem-se felizes por terem transmitido aos pais essa comunicação.

No reforço de competências dos profissionais de educação na comunicação com a família, podem estar as práticas reflexivas. Viver a prática reflexiva implica, por parte dos educadores, dominar habilidades cognitivas e metacognitivas, de forma a ser crítico sobre a sua prática e sobre os valores implícitos nessa prática. O recurso a guiões que possibilita um desenvolvimento empático, que colocam os profissionais a par de uma linguagem respeitadora e funcional, para o desenvolvimento de uma relação de confiança e respeito mútuo entre pais e profissionais (Herdeiro & Silva, 2008). A autorreflexão é um aspeto central no processo de ensino e aprendizagem, e os profissionais de educação que conseguem refletir constroem ligações mais profundas e significativas com os seus pares, crianças e famílias (Cunningham, 2016).

Relativamente ao **modo e tipo de intervenção utilizado pelos educadores junto dos pais**, verificamos que as educadoras do nosso estudo privilegiam o contato diário verbal informal como meio de comunicação com os pais. Contudo, uma educadora refere ter aguardado pela reunião de final de ano letivo para comunicar aos pais os sinais de risco detetados na criança.

Os dados da nossa investigação revelam que as educadoras afirmam não realizar um trabalho colaborativo com os pais, no entanto, é fundamental que exista um trabalho colaborativo com as famílias. Educadores, famílias e demais técnicos devem estar juntos no processo de tomada de decisões para favorecer o desenvolvimento da criança.

Grupos colaborativos são aqueles em que todos os componentes compartilham as decisões tomadas e são responsáveis pela qualidade do que é produzido em conjunto, conforme suas possibilidades e interesses (Parrilla, 2004). Apenas uma educadora refere fazer um trabalho colaborativo com os pais, no entanto, refere-se a esse trabalho colaborativo, como a troca diária de comunicação com as famílias.

Os dados do nosso estudo revelam que as educadoras referem não ter ajuda de outros profissionais no processo de comunicação dos sinais de risco e consideram ser necessário esse apoio, sentem a necessidade de ter técnicos especializados.

Para uma eficaz comunicação e trabalho com as famílias é necessário que os profissionais consigam acompanhar a “mudança” do apoio educativo para crianças com problemas de desenvolvimento seguindo os pressupostos preconizados pela IP que são:

- Considerar a família como unidade de intervenção e como principal contexto de desenvolvimento da criança;
- Intervir nos contextos de vida da criança e harmonizar as relações entre eles;
- Responder às prioridades da família;
- Reconhecer os pontos fortes da família e intervir a partir dessas forças;
- Incentivar a família a encontrar e a pôr em prática as suas próprias soluções;
- Transdisciplinaridade das práticas e multiplicidade de serviços;
- Eficácia na coordenação e articulação de serviços;
- Respostas integradas Família-Escola-Comunidade;
- Antecipar, preparar e apoiar as transições ecológicas (Fuertes, 2019).

## Contributos para a prática

Do presente estudo emergem algumas reflexões que podem ter implicações para a prática educativa. Os nossos dados ainda que, apenas, retratem quatro exemplos (não representativos das práticas portuguesas) sugerem que há um caminho a percorrer para uma comunicação cada vez mais eficaz e bem-sucedida.

Em primeiro lugar, questionamo-nos se uma formação adequada na área da comunicação de sinais de risco às famílias poderia ser uma mais-valia no trabalho colaborativo entre o educador e a família. Muito embora, nunca seja referido, por parte das educadoras entrevistadas, que gostariam de ter mais formação na área da comunicação de sinais de risco a famílias com crianças com NEE, no entanto referem que seria importante a presença de um técnico especializado para as apoiar nestes casos. Esta necessidade de apoio técnico pode ser sintoma de maior insegurança na transmissão à família das suas preocupações com o desenvolvimento da criança.

Não obstante a necessidade de formação dos técnicos na área da Intervenção Precoce, preconiza-se o reforço da qualidade na parceria das ELIs (equipas locais de intervenção precoce) com o/a Educador/a com vista a reforçar e estimular um trabalho colaborativo com a família (Fuentes, 2016).

Em terceiro lugar, seria importante estimular rotinas de comunicação entre Educador/a e famílias (com crianças com e sem NEE) sobre o desenvolvimento da criança e as necessidades da família. O instrumento de portefólio sobre o desenvolvimento da criança é uma ferramenta pedagógica ao serviço do/a educador/a que permite manter a informação atualizada sobre a criança e pode ser facilitadora de uma comunicação construtiva e continuada com os pais. Todos os ganhos e dificuldades da criança são registados e os pais vão tendo conhecimento e participando, não sendo necessário num determinado momento comunicar todas as preocupações em conjunto, transformando-se assim num processo progressivo de comunicação. Adicionalmente, este processo permite não só descrever as dificuldades, mas também as forças e competências da criança. Quando os pais conhecem o valor dos seus filhos tendem a aceitar as suas dificuldades (Simeonsson, 1990).

Segundo Fuentes (2019) as práticas de IP pelos processos que desencadeiam mudam, muitas vezes, as vidas, crenças e aspirações das famílias. Também os profissionais são sujeitos à mudança, ao nível dos seus valores, crenças e formas de atuação. *O técnico*

*tem de esvaziar a sua taça de pensamentos, para poder receber os outros. A mudança não ocorre como desejaríamos, é uma transição de estados.*

Uma formação na abordagem “*Touchpoints*” parece-nos um excelente contributo para a prática profissional, na medida em que irá dotar os educadores de novas ferramentas de comunicação e trabalho positivo com as famílias.

O termo “*Touchpoints*” foi criado por Brazelton para descrever os períodos temporários de desorganização do desenvolvimento da criança e da família, seguidos da sua reorganização e do aparecimento de novas capacidades no desenvolvimento (Cabral, 2017)

Segundo Brazelton (1992) os *Touchpoints* são fases previsíveis que ocorrem antes de um surto de crescimento rápido em qualquer linha do desenvolvimento – motor, cognitivo ou emocional – quando, durante um breve espaço de tempo, se verifica uma alteração no comportamento da criança. Segundo o mesmo autor estes momentos de maior vulnerabilidade para a criança e a família, constituem períodos simultaneamente de risco e de oportunidade, constituindo excelentes oportunidades para os profissionais proporcionarem apoio e suporte às famílias.

A abordagem “*Touchpoints*” oferece aos profissionais de educação uma estrutura centrada nas forças e no envolvimento parental para desenvolver melhores parcerias com as famílias. As melhores práticas, associadas a níveis de qualidade muito elevados dos contextos de educação, estão intimamente relacionadas com o estabelecimento de relações positivas entre educador-criança e educador-famílias (Cabral, 2017).

## **Limitações do estudo**

Este trabalho apresenta importantes limitações e deve ser entendido, apenas, como um trabalho exploratório na medida em que apenas usa quatro casos ilustrativos- não representativos- da realidade portuguesa. Afastando-se qualquer possibilidade de generalização dos resultados. Adicionalmente, o estudo apoia-se sobretudo numa única metodologia de investigação a entrevista semidiretiva que não descreve o processo, mas a forma como os intervenientes interpretam o processo de comunicação de sinais. O estudo é, igualmente, pouco consequente na medida em que só analisa uma dimensão a comunicação de sinais e não cruza outras variáveis que permitiram ajudar a descrever de modo sistémico as experiências das famílias e dos educadores na sinalização de problemas de desenvolvimento. Este trabalho pode servir de guião para um estudo aprofundado com uma amostra representativa acerca do tema da comunicação dos sinais de risco às famílias. Seria de igual modo importante conhecer as perspetivas de ambas as figuras parentais e de educadoras da rede pública e da rede privada.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, I., Sequeira, A. & Escoval, A. (1990). *Ideias e Histórias: Contributos Para Uma Educação Participada*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- Almeida, L. et al. *Práticas Recomendadas Em Intervenção Precoce Na Infância: Um Guia Para Profissionais*, A.N.d.I. Precoce, Editor 2015, Associação Nacional de Intervenção Precoce.
- Bairrão, J. (1994). *A Perspectiva Ecológica na Avaliação de Crianças com Necessidades Educativas Especiais e suas Famílias: O caso da Intervenção Precoce*. *Inovação*, 7, 37-48.
- Bairrão, J. (Coord.). (1998). *Os alunos com necessidades educativas especiais: subsídios para o sistema de educação*. Lisboa: Ministério da Educação/ CNE.
- Bailey, D. (1989). *Issues and Directions in Preparing Professionals to Work with Young Handicapped Children and their Families*. R. Clifford (Eds.). Baltimore.
- Bank-Mikkelsen, N. (1969). *A Metropolitan área in Denmark*. In Kugel, R., Robert, B., wolfensberger, W. (Eds.), *Changing patterns in residential services for the mentally retarded*. Washington: President's Committee on Mental Retardation. Disponível em: <<http://www.disabilitymuseum.org/lib/docs/1942.htm>>.
- Baraldi, C. (1994). *Aprender. A aventura de suportar o equívoco*. Petrópolis: Vozes.
- Bardin, L. (1997) *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Batista, S., & França, R. (2007) Família de pessoas com deficiência – desafios e superação. *Revista de divulgação técnico-científica do ICPG*, , 3(10), 117-121.
- Bautista, R. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro.
- Beckman-Bell, P. (1981). Child-related stress in families of handicapped children. *Topics in Early Childhood Special Education*, 1 (3), 45-53.
- Beltrán, J. et al. (1984). *Psicología de la educación*. Compostela: Eudema.

- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação – Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto editora.
- Brazelton, T. B. & Cramer, B. G., (1989). *A Relação mais precoce – Os pais, os bebês e a interação precoce*. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T. B., & Sparrow, J. (2003). *The Touchpoints™ Model of Development*. Boston: Harvard Medical School – Child Development Unit.
- Bricklin, P.M. (1970). *Counseling parents of children with learning disabilities*. *The Reading Teacher*, 23, 331-338.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge MA: Harvard Univ. Press.
- Buscaglia, I. (1997). *Os Deficientes e seus pais*. Trad. Raquel Mendes. 3ª ed. Rio de Janeiro: Record.
- Cabral, S. (2017). *ATEIA: Uma Rede De Profissionais – Reflexões e Práticas Reflexivas Touchpoints – (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação de Lisboa, Lisboa)*. Consultada em <http://hdl.handle.net/10400.21/7362>.
- Carvalho, S. (2005). Família, atendimento especializado e inserção social. *Revista Educação Especial*, 25, 1-6.
- Cepêda, T. (2014). Perturbações do Desenvolvimento Intelectual. In P. Monteiro (Ed), *Psicologia e psiquiatria da infância e adolescência*. Lisboa: Lidel Edições técnicas.
- Correia, L. (1997). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L.M. (2013). *Inclusão e necessidades educativas especiais: um guia para educadores e professores*. 2ª ed. Porto: Porto Editora.
- Costa, I. (2002). *Intervenção precoce: impacto do PROIP nos vários subsistemas: Criança, família, técnicos e serviços no distrito de Castelo Branco*. Tese de

Mestrado em Ciências da Educação, apresentada ao Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior, Covilhã.

Costa, M. (2004). *A Família com Filhos com Necessidades Educativas Especiais*. Viseu: Escola Superior de Enfermagem de Viseu.

Costa, J. (2012). *Otimismo e Atitudes Inclusivas de Professores dos Açores Face a Alunos com NEE*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Fernando Pessoa. Porto.

Coutinho, C. P. (2018). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*. Coimbra: Edições Almedina.

Cunningham, N. M. (2016). *The Influences of Teacher Self-Reflection Practices While Interacting with Families*. (Dissertação de Doutoramento, The College of Graduate and Professional Studies at the University of New England, Maine) Consultada em: <http://dune.une.edu/theses/81>.

De Ketele, J. & Roegiers, X. (1999). *Metodologia da recolha de dados, fundamento dos métodos de observações, de questionários, de entrevistas e de estudo de documentos*. Lisboa: Instituto Piaget, coleção epistemologia e sociedade.

Decreto-Lei n.º 281/2009.

Decreto-Lei 54/2018.

Estrela (1990). *Teoria e Prática de observação de classes – Uma estratégia de formação de professores*. Porto: Porto Editora.

Fonseca, V. (1989). *Educação Especial – Programa de Estimulação Precoce*. (17ª Edição). Lisboa: Editorial Notícias.

Formosinho (1997). *Comentário à Lei Nº5/97, de 10 de fevereiro*. Lei-Quadro da Educação Pré-Escolar. In Ministério da Educação – DEB (ed) (1997) *Legislação*. Lisboa: Autor.

Fotheringham, J. & Creal, D. (1974). Handicapped children and handicapped families. *International review of education*, pp. 355 – 373.

- Franco, V. (2007). Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipe em intervenção precoce. *Interação em Psicologia*, 11(1), 113-121.
- Franco, V. & Apolónio, A. M. (2009). Desenvolvimento, resiliência e Necessidades das Famílias com Crianças Deficientes. *Revista Ciência Psicológica*, 8, 8.
- Fuertes, M. (2010). *Se não pergunta como sabe? Dúvidas dos pais sobre a educação de infância*. In M. Dias & O. Sousa Escola e Comunidade (ebook). Lisboa: ESELx/IPL.
- Fuertes, M. (2016). *Evidências em Intervenção Precoce*. CIED: Escola Superior de Educação de Lisboa.
- Fuertes, M. (2019). *Intervenção Precoce na Infância: práticas suportadas na evidência*. Lisboa: ESELx/IPL.
- Fullan, M. (1982). *The meaning of educational change*. New York, NY: Teachers College Press.
- Garbarino, J., & Ganzel, B. (2000). *The human ecology of early risk*. In J. Shonkoff, & S. Meisels (eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp.76-93). Cambridge: Cambridge University Press.
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (1997). *O Inquérito: Teoria e Prática* (Tradução para a língua portuguesa). Oeiras: Celta.
- Giorgi, P. (1980). *A criança e as suas instituições – a família / a escola*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Glat, R. (2004). *Uma família presente e participativa: o papel da família no desenvolvimento e inclusão social da pessoa com necessidades especiais*. Anais do 9º Congresso Estadual das APAEs de Minas Gerais. Belo Horizonte.
- Goetz, J., & LeCompte, M. (1984). *Ethnography and qualitative design in educational research*. San Diego, CA: Academic Press.
- Gomes, A. (2007). Famílias Heroínas – enfrentar a adversidade de ter um filho diferente. *Cadernos de Estudo* 5, pp. 15 - 25.

- Gongóra, J.C. (1998) *Familias com personas discapacitadas: características y formulas de intervención*. Valladolid: Junta de Castilla y León.
- Gronita, J. (2008). O anúncio da deficiência da criança e as suas implicações familiares e psicológicas. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1, pp. 63-72.
- Johnston, C. (2006). *Robust hope: Finding a home for early childhood intervention in the new early years landscape*. Melbourne.
- Joyce, B., & Showers, B. (1988). *Student achievement through staff development*. White Plains, NY: Longman.
- Karagiannis, A., Stainback, S., Stainback, W. (1999). *Inclusão – um guia para educadores*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Leitão, F. (1989). *Intervenção Educativa Precoce, Um Modelo. IV Encontro de Educação Especial*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lopes da Silva (Coord.), I., Marques, L., Mata, L., Rosa, M. (2016). *Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar*. Lisboa: Ministério da Educação/Direção Geral de Educação.
- Love, J., Tarullo, L., Raikes, H. & Chazan-Cohen, R. (2008). *Head Start: What do we need to know?* In K. McCartney, & D. Phillips (eds.), *Blackwell handbook of early childhood development* (pp.550-574). Malden: Blackwell Publishing.
- Marchesi, A.; Coll, C. & Palacios, J.; (1995). *Desenvolvimento Psicológico e Educação, Necessidades Educativas Especiais e Aprendizagem Escolar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Marcus, L. (1977). Patterns of coping in families of psychotic children. *American journal of orthopsychiatry*.
- Marinha, M. (1989). *A Família na Educação da Criança*. Águeda: Livros Horizonte.
- Moos, R. & Moos, B., (1976). A typology of family social. Environments. *Family Process*, 15, 357-371.

- Muscott, H.S. (2002). Exceptional partnerships: Listening to the voices of families. *Preventing School Failure*, 46(2), 66-9.
- Niela, M.F. (2000). *Familia y deficiencia mental*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Nielsen, L. (1999). *Necessidades Educativas Especiais na sala de aulas: Um guia para professores*. Porto: Porto Editora.
- Niza, S. (1996). *Necessidades Especiais de Educação: Da exclusão à inclusão na escola comum*. Inovação.
- Nunes, T. (2004). *Colaboração Escola – Família. Para uma escola culturalmente heterogénea*. Porto: Acime Editor.
- O'Hara, D. & Levy, J. (1984). *Family adaption to learning disabilities: A framework for understanding and treatment. Learning Disabilities: An Interdisciplinary Journal*, 3(6), 63-77.
- Oliveira, J. (1994). *Psicologia da Educação Familiar*. Coimbra: Almedina.
- Papalia, D. E. & Olds, S.W. & Feldman R.W. (2001). *“O Mundo da Criança.”* Amadora: Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda.
- Parecer nº 3/99 (DR, 17 de fevereiro) do Conselho Nacional de Educação.
- Parrilla, A.; Daniels H. (2004). *Criação e desenvolvimento de grupos de apoio para professores*. São Paulo: Loyola.
- Pereira, F. (1996). *As Representações dos Professores de Educação Especial e as Necessidades das Famílias*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Pereira, F. (1998). *Da escola para alguns a uma escola para todos*. Apoios Educativos nº1 DEB – ME. 4-5.
- Pereiro, M. (2000). *Contributos para uma análise avaliativa da intervenção precoce – As representações dos profissionais*. In: *A intervenção precoce e a criança com syndrome de down*. Porto: Porto.

- Pimentel, J. (1999). Reflexões sobre a avaliação de programas de intervenção precoce. *Análise Psicológica*, 1(17), 143-152.
- Pimentel, J. (2004). Avaliação de Programas de Intervenção Precoce. *Análise Psicológica*, 1(XXII), pp. 43–54.
- Porter, G. (1998). Textos de apoio – *Seminário de Educação Inclusiva*. Lisboa: Ministério da Educação – Departamento da Educação Básica – Núcleo de orientação educativa e de educação especial.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rapport, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment-over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9, 1-25.
- Ray, J. A.; Pewit-Kinder, J. & George, S. (2009). *Partnering with Families of Children with Special needs*. *YC – Young Children*, 64, 5, 16-22.
- Rebelo, J. (2008). *Deficiência, Castigo Divino: Repercussões Educativas*. In A. Matos, et al. (Eds.). *A Maldade Humana: Fatalidade ou Educação?* Coimbra: Edições Almedina.
- Relvas, A. (1996). *O Ciclo Vital da Família – Perspectiva Sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Ribeiro, M. (2007). *Família: Comunidade Educativa – Filhos hoje, pais amanhã*. Comunicação Oral no Auditório da Assembleia da República. Lisboa.
- Rodrigues, D., & Nogueira, J. (2010). Educação Especial e Inclusiva em Portugal - Factos e opções. *Revista Educación Inclusiva*.
- Roldão, M. (2003). *Gestão do Currículo e Avaliação de Competências. As Questões dos Professores*. Lisboa: Editorial Presença.
- Roussel, L. (1995). Família. Justificação ou Facto? Que Futuro para o Bebê XXI. Bebê XXI – Criança e Família na Viragem do Século. Textos do Simpósio Internacional Bebê XXI (pp. 81-98). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Sá, E., & Cunha, M. (1996). *Abandono e Adopção – o nascimento da família*. Coimbra: Liv. Almedina.
- Sameroff, A.J., & Fiese, B.H. (2000). *Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention*. In J.P. Shonkoff & S.J. Meisels (eds.), *Handbook of Early Childhood intervention* (pp. 135-159). Cambridge: Cambridge University Press.
- Saetersdal, B. (1997). *Forbidden Suffering: The Pollyana Syndrome or the Disabled and Their Families*. *Family Process*, 36, 431-435.
- Slepoj, V. (2000). *As Relações de Família*. Lisboa: Editorial Presença.
- Tegethof, I. C. (2007). *Estudos sobre a intervenção precoce em Portugal: Ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias*. Universidade do Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Turnbull, A. P., & Turnbull, H. R. (1990). *Families with abuse: families, professionals and exceptionality: a special partnership* (pp. 45-49). Ohio: Merrill Publishing Company.
- Turnbull, A., Turbiville, V. & Turnbull, H. (2000). *Evolution of family-professional partnerships: Collective empowerment as the model for the early twenty-first century*. In J.P. Shonkoff & Meisels (Eds). Cambridge: Cambridge University Press.
- Viana, C. (2018). *Perguntas e respostas: Educação Inclusiva: Perguntas e Respostas*. Disponível em: <https://www.publico.pt/2018/09/29/sociedade/perguntaserespostas/educacao-inclusiva-perguntas-e-respostas-1845586> Acesso em: 12 de agosto de 2019.
- Vincent & McLean (1996). Early intervention – early childhood special education – recommended practices. In Odom, S.L. & McLean, M.E. (Eds). *Family Participation* (59-76). Boulevard: Pro-ed.
- Wedell, K. (1983). *Conceitos de necessidades específicas de educação*. In Cadernos do COOMP.

Zabalza, M. (2001). *Didáctica da Educação Infantil*. Porto: Asa Editores.

## **ANEXOS**

## Anexo A – ROTEIRO DE ANAMNESE

### ROTEIRO DE ANAMNESE – CASO 3

#### IDENTIFICAÇÃO:

Nome: [REDACTED]

Idade: 5 anos

Data de Nascimento: 28 de fevereiro de 2014

Sexo: Masculino

Morada: [REDACTED]

Telefone:

#### Pai ou substituto:

Nome: [REDACTED]

Idade: 33

Estado Civil: unido de facto

Tempo de união conjugal: 6 anos

Habilitações académicas: 11º ano

Profissão: operador de caixa

Local de trabalho: [REDACTED]

#### Mãe ou substituta:

Nome: [REDACTED]

Idade: 31

Estado Civil: unida de facto

Tempo de união conjugal: 6 anos

Habilitações académicas: 9º ano

Profissão: Auxiliar de educação

Local de trabalho: [REDACTED]

#### Outras pessoas que moram na casa

| Nome                     | Grau de parentesco | Idade | Instrução | Profissão            | Saúde    | Tabagismo |
|--------------------------|--------------------|-------|-----------|----------------------|----------|-----------|
| [REDACTED]               | pai                | 33    | 11º       | Operador de caixa    | saudável | não       |
| [REDACTED]<br>[REDACTED] | mãe                | 31    | 9º        | Auxiliar de educação | Saudável | não       |
| [REDACTED]               |                    | 5     |           |                      | saudável |           |

#### HISTÓRIA PESSOAL:

##### 1. Conceção:

###### a) Como se sentiu quando soube que ia ter o (a) seu (sua) filho (a)?

Fiquei muito feliz foi um... ao início foi um bocado choque não estava à espera, ainda estava a viver com os meus pais, mas após ter passado essa fase, foi... de saber que era um menino... fiquei maravilhada...

###### b) Posição da criança na ordem das gestações?

Primeiro.

###### c) Posição da criança na ordem do nascimento?

Tinha o pescoço de lado, teve que ser tirado a ventosas.

###### d) Abortos naturais? Não. Abortos provocados? Não.

e) Natimortos? Não.

f) Filhos vivos? Só 1.

g) Filhos mortos? Não                      Causa das mortes e idade? -----

## 2. Gestação:

a) Quanto tempo após o casamento? Não era casada.

b) Idade da mãe na época da gravidez? 25 anos.

c) Como passou a mãe durante a gravidez? Muito bem.

d) Duração da gestação? 41 semanas

e) Tratamento pré-natal? Sim, os normais. Exames clínicos? Não. Quais?

f) Outras observações: radiografia, exame de sangue, transfusão, medicamentos (quais?), acidentes, hemorragia, convulsão, rubéola, outras doenças (quais?) Não.

g) Alimentação da mãe durante a gestação? Normal.

h) Usou álcool, drogas ou cigarros durante a gestação? Nada disso.

## 3. Parto:

a) Local (em casa, na maternidade?) Hospital.

b) Desenvolvimento do parto (natural, fórceps, cesariana?) Fórceps.

c) Descrição do parto:

- Duração do parto: 15 horas.

d) Posição da criança no momento do nascimento: Cabeça para baixo, mas tinha o pescoço torto.

e) Características da criança após o nascimento: (*ver cartão do nascimento*)

- Apgar 1º minuto:                      5º minuto:
- Peso e tamanho ao nascimento: 3,650kg e 55cm
- Necessidade de cuidados especiais (incubadora, p.ex.) Fez incubadora por causa da icterícia.

- f) Atitude dos familiares? Ficaram maravilhados e felizes até hoje é o menino dos olhos deles.

#### 4. Desenvolvimento:

- a) Como foi o M. como bebê. Foi um bebê fácil ou difícil de lidar? Era fácil, dormia muito bem, comia, mamava...tudo.

b) Alimentação:

- Leite materno (exclusivo): Sim até quando? 8 meses
- Motivos do desmame? Não quis mais.
- 1ª sucção, como foi? A enfermeira ajudou, não agarrou logo bem. Depois foi sempre normal
- Biberão? Sim. Até quando? 1 ano.
- Segundo prato? 1 ano e meio.
- Quando começou a comer sozinha? 2/3 anos.
- Recebe ajuda na alimentação? (até quando recebeu ajuda)? Come sozinho desde os 3 anos.
- Quem dá refeições à criança? A mãe e o pai.
- Qual o tipo de alimentação servida na sua casa normalmente? Até 2 anos sopa e segundo prato, agora já não.
- A criança rejeita algum tipo de alimentação? Sim, os verdes.
- É forçada a comer? Sim, os verdes.
- Qual a atitude tomada frente à refeição? Satisfação e repete sempre.
- Utiliza adequadamente que tipo de talheres? Colher e garfo e faca.
- Horários das refeições? 20h/20h 30m.
- Preferências alimentares? Almôndegas e esparguete.

c) Sono

- Dorme bem? Sim. Horários? 21h30m/ 22h
- Sono agitado? Não.
- Baba-se durante a noite? Não.
- Insónia? Não.

- Acorda várias vezes durante a noite? Não.
- Fala durante o sono? Não.
- Movimenta-se muito durante a noite? Sim.
- Range os dentes? Não.
- Tem pesadelos? Às vezes. Acorda? Sim.
- Dorme sozinho ou com outras pessoas no quarto? Sozinho.
- Tem cama individual? Sim.
- Costuma ir para a cama dos pais? Não.
- Qual a atitude frente aos problemas surgidos? Natural.

**d) Controle de esfíncteres:**

- Anal diurno? Sim. Quando? 2 anos e meio.
- Anal noturno? Sim. Quando? 2 anos e meio.
- Vesical diurno? Sim. Quando? 2 anos e meio.
- Vesical noturno? Sim. Quando? 2 anos e meio.
- Atitude face ao não controle? Ficava incomodado.
- Como adquiriu? Foi sozinho. Dificuldades? Não tive.

**e) Medos ou fobias:**

- Não gosta de discussões.

**f) Tiques (ou estereotipia: roer unhas, arrancar cabelos, morder lábios, balançar-se para a frente e para trás, movimentos não funcionais repetitivos, etc.):** Sim, abanase no sofá quando está a ver televisão.

- Data de aparecimento? Desde bebé.
- Atitudes tomadas? Quando nos aproximamos pára.

**5. Desenvolvimento motor:**

- Quando sustentou a cabeça? 5 meses.
- Quando gatinhou pela primeira vez? Nunca gatinhou.
- Quando ficou em pé sozinho, apoiando-se? 19 meses.
- Quando começou a andar? 19 meses.
- Preferência por alguma das mãos (atual e anteriormente)? Sempre a direita.

## **6. Linguagem:**

- a) Quando começou a falar? Ao ano dizia assim umas palavras.
- b) Fala anterior (correta, gaguez, troca de letras)? Palavras soltas.
- c) Fala corretamente? – Sabe relatar fatos em sequência temporal? Não, ele tem algum problema na articulação por isso é que ele vai ser encaminhado para terapia da fala, já começou, aliás, hoje é o primeiro dia dele mas sim já vai dizendo muita coisa, agora já consegue, não muitas vezes, mas já consegue, coisa que ele antes não fazia.
- d) Chucha no dedo? Não.
- e) Compreende bem a linguagem falada? Sim.
- f) Compreende e atende ordens simples (sequência de pequenas ordens)? Sim.
- g) Imita (verbal ou motor)? Sim.
- h) Quais as dificuldades específicas de fala? Articulação, algumas letras ele não consegue dizer ainda.

## **7. Atividades Psicomotoras:**

- a) Como realiza as seguintes atividades:
  - Pintura: Adora.
  - Desenho: Adora.
  - Recorte: Adora.
  - Colagem: Adora.
  - Encaixes: Adora.
  - Puzzles: Adora.
- b) Sabe andar e gosta de bicicleta? Sim, fomos nós aos 4 anos.
- c) Gosta e como se sai nas seguintes brincadeiras movimentadas:
  - Jogar à bola: Não aprecia.
  - Correr: Sim.
  - Saltar à corda: Não experimentámos.
  - Natação: Adora.
  - Desporto em geral: É a natação.
  - Sabe abotoar e desabotoar, dar laços, vestir e despir? Não, não.

- Consegue agarrar objetos muito pequenos? Sim.
- Que tipo de brinquedos tem? Bonecos, dinossauros, animais da quinta, bonecos diversos.
- Que tipo de brinquedos gosta? Dinossauros.
- Brincadeiras praticadas sozinho(a)? Pista de comboios, brincar com dinossauros, carrinhos, construções.
- Além dos alimentos referidos anteriormente e dos brinquedos citados, do que mais a criança gosta? Gosta de tudo.
- Quais as coisas que a criança não gosta? Não tem assim nada.

#### **8. Sexualidade:**

- a) Curiosidades/ Manipulações: Tem um tique, quando está a falar agarra na pilinha.
- b) Atitude dos pais? Não dizemos nada.

#### **9. Funcionamento Psicossocial atual:**

##### **a) Na instituição:**

- Frequenta a instituição desde quando? 11 meses.
- Já frequentou outra? Sim. A Doce Chupeta aos 9 meses.
- O que acha do atendimento da instituição? É boa, nada a dizer.
- Seu(sua) filho(a) gosta de vir à escola? Adora.
- Gosta da educadora/ auxiliares? Gosta muito.
- Como se relaciona com os colegas? bem.
- Dificuldades observadas no ambiente da instituição por si ou pela educadora? Nada.

##### **b) Com amigos:**

- Tem amigos fora da instituição? Não.
- Prefere brincar sozinho ou com amigos? Brincar com os amigos.

##### **c) Na família – inter-relações:**

- Entre mãe e criança? Adora-me.
- Entre pai e criança? Adoram-se.

- Entre irmãos (reação de ciúmes)? Ainda não tem.
- Entre os pais? Boa.
- Quem exerce autoridade em casa? Os dois.

**d) Na família – ambiente social:**

- A família faz visitas? Sim, adora.
- A família recebe visitas? Sim, adora.
- A família frequenta centros comerciais, coletividades? Sim, ele adora.
- A família viaja? Sim, fica super feliz, nem parece o mesmo... quer ver tudo.

**e) Levantamento de um dia comum da criança:** levanta-se, faz a higiene, vamos para a sala eu ajudo a vestir porque ele é um bocado... é a minha luta todos os dias para ele se vestir sozinho, mas pronto... faço o pequeno almoço, toma o pequeno almoço, vê um pouco de televisão e vamos para a escola, o pai vai busca-lo, Vão ao parque ou vão para casa, o pai faz o jantar e ele vê televisão, jantamos, vemos um bocadinho de televisão, faz a higiene e depois vai dormir.

**f) Levantamento de um dia de fim de semana (descrição de todas as atividades e horários):** Acorda tarde, faz a higiene, tomamos o pequeno almoço, brinca, almoçamos, vamos passear, jantamos, vemos televisão e é hora de dormir.

**10. Doenças da criança:**

- a)** Tipos de doenças, idade, como a criança reagiu, teve febre, atitude da família: Varicela.
- b)** Hospitalização: Não.
- c)** Necessitou de alguma intervenção cirúrgica? Idade? Com ou sem anestesia? Não.
- d)** Sofreu algum acidente nos últimos dias? Não.
- e)** Vacinas? Em dia. Reação às vacinas? Não fez.
- f)** Atendimentos médicos atuais? Consulta de desenvolvimento, médico de família.
- g)** Está a usar algum medicamento de uso frequente? Não.
- h)** Outros atendimentos (psicólogo, terapeuta da fala, fisioterapeuta)? Terapeuta da fala.
- i)** Antecedentes patológicos familiares – pessoas doentes (nervosas, alergias, asma, epilepsia, alcoolismo – lado materno e paterno): nada.

### **AMBIENTE FÍSICO:**

- 1) Onde mora? Barreiro. Sempre morou nesse local? Sim.
- 2) A sua casa é alugada  própria\_\_\_\_\_ cedida\_\_\_\_\_
- 3) Há quanto tempo mora nessa casa? 2 ou 3 meses
- 4) Descrição da casa:
  - Quantas assoalhadas? 3 assoalhadas.

### **AMBIENTE SÓCIO-CULTURAL:**

- 1) O que fazem juntos nos tempos livres:
  - Televisão: Sim.
  - Saem para passear? Às vezes.
  - Brincam juntos? Sim.
  - Praticam desporto? Não.
- 2) Na televisão, o que assistem? Filmes que ele goste, que consiga ver durante algum tempo, desenhos animados preferidos.

DADOS FORNECIDOS POR: Mãe: [REDACTED]

- Data da entrevista: 20/03/2019
- Duração da entrevista: 30 minutos
- Entrevistado: [REDACTED]
- Entrevistador: Vera Ferreira

## Anexo B – Autorização para recolha de dados

Exmo. Presidente, Sr. [REDACTED]

Assunto: Autorização para recolha de dados no âmbito de trabalho de investigação

Eu, Vera Lúcia Santos Pereira Ferreira, encontro-me a realizar um projeto de investigação no âmbito do Mestrado em Educação Especial, na Escola Superior de Educação de Lisboa, sob orientação da Professora Doutora Marina Fuertes, solicito a autorização de V. Exa. Para realizar entrevistas, a famílias de crianças acompanhadas pela Intervenção Precoce.

Este trabalho é de âmbito académico e tem como finalidade conhecer como são comunicados os sinais de risco às famílias com crianças com NEE.

Os dados obtidos na pesquisa serão mantidos sob confidencialidade, não sendo divulgada a identidade (ou outra informação) dos participantes em qualquer relatório ou publicação. Por conseguinte, sou a solicitar a V. Exa. A sua preciosa colaboração, no sentido de facilitar e autorizar a recolha da informação junto dos pais envolvidos. Esperando o bom acolhimento, manifesto desde já a minha inteira disponibilidade para prestar qualquer esclarecimento adicional que considere conveniente.

15 de fevereiro de 2019

Com os melhores cumprimentos  
Vera Lúcia Pereira Ferreira

---

Professora Doutora Marina Fuertes

---

## **Anexo C – Consentimento informado para as educadoras**

Cara Educadora de Infância

Eu, Vera Lúcia Santos Pereira Ferreira, encontro-me a realizar um projeto de investigação no âmbito do Mestrado em Educação Especial, na Escola Superior de Educação de Lisboa, sob orientação da Professora Doutora Marina Fuertes. Este trabalho é de âmbito académico e tem como finalidade conhecer como são comunicados os sinais de risco às famílias com crianças com NEE.

Neste sentido, venho por este meio solicitar a sua colaboração para participar numa entrevista.

A sua participação é voluntária, pelo que terá a opção de suspender a entrevista em qualquer momento. Mais informo que para certificar o rigor do tratamento dos dados recolhidos é desejável proceder à gravação áudio desta entrevista. No entanto, ressalvo, que tudo o que disser terá um estatuto confidencial e o seu uso será estritamente académico.

Caso concorde em participar no estudo e autorize a gravação da mesma entrevista, deverá colocar a sua assinatura no local abaixo indicado.

Muito obrigado pela colaboração.

Educadora de Infância

---

Vera Lúcia Pereira Ferreira

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

## **Anexo D – Consentimento informado para as Famílias**

Caros Pais

Eu, Vera Lúcia Santos Pereira Ferreira, encontro-me a realizar um projeto de investigação no âmbito do Mestrado em Educação Especial, na Escola Superior de Educação de Lisboa, sob orientação da Professora Doutora Marina Fuertes.

Este trabalho é de âmbito académico e tem como finalidade conhecer como são comunicados os sinais de risco às famílias com crianças com NEE.

Neste sentido, venho por este meio solicitar a sua/(vossa) colaboração para participar numa entrevista.

A sua/(vossa) participação é voluntária, pelo que terá/ão a opção de suspender a entrevista em qualquer momento. Mais informo que para certificar o rigor do tratamento dos dados recolhidos é desejável proceder à gravação áudio desta entrevista. No entanto, ressalvo, que tudo o que disser terá um estatuto confidencial e o seu uso será estritamente académico.

Caso concorde/m em participar no estudo e autorize/m a gravação da mesma entrevista, deverá colocar a sua assinatura no local abaixo indicado.

Muito obrigado pela colaboração.

Mãe

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vera Lúcia Pereira Ferreira

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Anexo E - Guião da Entrevista Semiestruturada/ Famílias

### 1. Guião da Entrevista Semiestruturada

#### Entrevista 1 - Entrevista às famílias

##### Objetivo geral:

Pretende-se conhecer as representações das famílias de crianças com NEE, acerca do processo de comunicação de sinais de risco, tanto no que se refere à forma como foi informada como às reações e os sentimentos sentidos.

| Domínios                        | Objetivos   | Questões   |
|---------------------------------|---|--|
| Legitimação da Entrevista       | <ul style="list-style-type: none"><li>- Legitimar a entrevista.</li><li>- Motivar o entrevistado.</li></ul>   | <ol style="list-style-type: none"><li>1) Pedir a colaboração do entrevistado.</li><li>2) Justificar o valor da sua contribuição para o êxito do presente estudo.</li><li>3) Assegurar o carácter confidencial das informações.</li></ol>     |
| Comunicação dos sinais de risco | <ul style="list-style-type: none"><li>- Caracterizar a forma como a família foi informada quanto aos sinais de risco.</li><li>- Identificar os sentimentos das famílias</li></ul> | <ol style="list-style-type: none"><li>4) Quando é que teve conhecimento dos sinais de risco do/a seu/sua filho/a?</li><li>5) Quem lhe deu a informação, conhecimento desses sinais de risco?</li><li>6) Antes dessa informação, já</li></ol> |

|           |  |   |
|-----------|--|---|
|           | <p>na fase inicial da comunicação dos sinais de risco.</p> <p>- Perceber se os pais já tinham alguma percepção em relação aos sinais de risco da criança.</p>  | <p>tinha detetado alguns sinais de risco?</p> <p>7) Consegue descrever como lhe foi dada a informação?</p> <p>8) Considera que a informação poderia ter sido abordada de outra forma?</p> <p>9) O que sentiu e pensou nesse momento?</p> <p>10) Como é que descreve os primeiros dias, depois de tomar conhecimento dos sinais de risco do/a seu/sua filho/a?</p> <p>11) Como reagiu a família mais próxima quando teve conhecimento dos sinais de risco?</p> |
| Aceitação | <p>- Caracterizar o apoio recebido e o seu papel na aceitação plena da criança.</p> <p>- Identificar quem prestou o primeiro apoio após a comunicação dos sinais de risco.</p> <p>- Conhecer as formas como a família lida com os sinais de risco.</p> | <p>12) Acha que obteve toda a informação necessária para lidar com os sinais de risco?</p> <p>13) Houve alguém que o/a apoiou após ter conhecimento dos sinais de risco do seu/sua filho(a)?</p> <p>14) E a família da criança também sabe como lidar com os sinais de risco do seu filho(a)?</p>   |

|                                 |   |   |
|---------------------------------|---|---|
|                                 |   |   |
| Contribuição para os Educadores | <p>- Identificar formas de aproximar as famílias e educadores durante o processo de comunicação de sinais de risco.</p> <p>- Identificação de novas estratégias na comunicação dos sinais de risco às famílias.</p> | 15) Como acha que a Escola e os Educadores devem comunicar os sinais de risco?  |
| Pergunta oculta                 |   | 16) Gostaria de nos dizer mais alguma coisa, de partilhar alguma inquietação, ou mesmo de nos contar algo de importante que já tenha acontecido na vida do/a seu/sua filho/a? |
| Encerramento                    | - Finalizar a entrevista agradecendo e valorizando a colaboração do entrevistado para a realização deste trabalho.  | 17) Agradecer a colaboração.  |

## Anexo F - Guião da Entrevista Semiestruturada/ Educadores de Infância

### Entrevista 2 - Entrevista aos Educadores de Infância

#### Objetivo geral:

Pretende-se conhecer as representações dos educadores acerca do processo de comunicação de sinais de risco, a famílias de crianças com NEE, tanto no que se refere à forma como as informou, como às reações e os sentimentos sentidos.

| <b>Domínios</b>                  | <b>Objetivos</b>   | <b>Questões</b>   |
|----------------------------------|--|---|
| Legitimação da Entrevista        | - Legitimar a entrevista e motivar o entrevistado.   | 1) Explicitar os objetivos da entrevista.<br>2) Pedir a colaboração do entrevistado e justificar o valor da sua contribuição para o êxito do presente trabalho.<br>3) Assegurar o caráter confidencial das informações. |
| Compreensão do contexto familiar | - Perceber a representação do educador acerca da reação da família quanto à problemática da criança. | 4) Como tem reagido a família à problemática da criança (antes de comunicar os riscos)?<br>5) E depois da comunicação dos sinais de risco?  |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | 6) Sentiu alguma preocupação ao abordar a família quanto aos sinais de risco?   |
| Compreensão do quadro de desenvolvimento | <p>- Compreender a perspetiva da educadora face ao quadro de desenvolvimento da criança.</p> <p>- Perceber as preocupações dos educadores ao detetarem sinais de risco na criança.</p> | <p>7) Quais foram as características mais evidentes no processo avaliação/diagnóstico da criança?</p> <p>8) Teve alguma ajuda de outros profissionais no processo avaliação/diagnóstico da criança?</p> <p>9) Considera que deveria haver mais apoio por parte de outros profissionais? Exemplifique.</p> |
| Intervenção da educadora junto dos pais  | <p>- Conhecer o modo e tipo de intervenção da educadora junto dos pais.</p> <p>- Conhecer os sentimentos dos educadores na comunicação aos pais dos sinais de risco.</p>               | <p>10) Qual é o principal meio de comunicação que utiliza normalmente com a família?</p> <p>11) Como abordou os pais ao detetar os sinais de risco?</p> <p>12) Qual a reação da família à sua abordagem aos sinais</p>  |

|              |  |   |
|--------------|--|---|
|              |  | <p>de risco?</p> <p>13) Como é que se sentiu quando falou com a família?</p> <p>14) Exerce algum tipo de intervenção ou trabalho colaborativo com os pais da criança?</p> <p>15) Em que consiste?</p> |
| Encerramento | - Finalizar a entrevista agradecendo e valorizando a colaboração do entrevistado para a realização deste trabalho. | 16) Agradecer a colaboração.  |

## **Anexo G – Transcrição de uma entrevista**

### **Entrevista - Caso 4 – M4**

**Encontro-me a realizar um projeto de investigação no âmbito do mestrado em educação especial, na escola superior de educação de lisboa, sob a orientação da prof. Doutora Marina Fuertes.**

**Este trabalho é de âmbito académico e tem como finalidade conhecer como são comunicados os sinais de risco às famílias com crianças com NEE. Gostaria de saber algumas informações que para mim são valiosas para conseguir fazer o estudo e asseguro-lhe que todas as informações são confidenciais, assim como a sua identidade. As informações vão servir unicamente para fazer este estudo. Agradeço a sua participação.**

**Quando é que teve conhecimento dos sinais de risco do/a seu/sua filho/a?**

Aos 18 meses.

**Quem lhe deu a informação/ conhecimento desses sinais de risco?**

Não foi a educadora que me disse, eu tive que ficar com o P. em casa com 18 meses, primeiro eu já me tinha apercebido que ele não reagia às coisas da mesma forma. Em algumas situações ele reagia exageradamente o que não era normal para a idade dele, ter aquele tipo de perceção, mas noutras coisas ele pura e simplesmente era apático, fazia de conta que as coisas não estavam lá. Ele tinha momentos em que estava ligado e momentos em que estava completamente desligado, havia ali... a ideia que dava era que nem sempre ele estava a funcionar com tudo. Depois ele tinha 18 meses eu cheguei à sala e ele tinha conseguido desmontar os três andarilhos da chicco e eu olhei para aquilo e pensei: bem, isto não é normal, uma criança com 18 meses lá está... o P. e os três gatos, tendo em conta que eu estava na cozinha mais surpreendida fiquei quando passado cerca de 30/40 minutos voltei da cozinha para a sala e já tinha montado os três andarilhos. Portanto, ele desmontou e montou, porque os gatos não fazem isso portanto eu achei aquilo muito estranho, falei com o pediatra, o pediatra insistia que era uma situação mais do foro psicológico para ser analisado... o pediatra... uma pequena sobredotação, mas eu achava até que podia haver uma sobredotação mas havia outras

partes que ele não estava a desenvolver que não era suposto porque ao nível da comunicação ele era muito metido com as coisas dele. Ainda hoje chega a casa ou à sala, ele quer desenhar, os outros estão todos a correr, aos saltos, a “pinchar” e o P. não quer saber disso para nada. Chega à sala, vai desenhar ou vai buscar um livro, não é aquela fúria de ser criança, de brincar, fazer asneiras... o P. não cai, o P. não é uma criança que... o P. salta em cima do sofá e nunca caiu, o L. está farto de saltar em cima do sofá porque quer ser igual ao irmão mas ando sempre ali a segurá-lo porque valha-me nossa senhora ele vai cair pronto... tanto que o P. começou a correr no dia em que fez o ano levantou-se, andou e correu... nunca caiu, nunca se agarrou a lado nenhum e não cai. É uma criança extremamente responsável, sobe as escadas meticulosamente tudo direitinho parece ele um adulto pequenino a fazer as coisas. Ele só faz as coisas quando tem a certeza que não vai fazer asneira, só faz... só monta um brinquedo quando perceber que vai conseguir montá-lo todo e depois perde o interesse automaticamente. Eu ofereci-lhe legos normais nessa altura em que me apercebi que ele montava e desmontava coisas... aos 18 meses... daqueles os grandalhões mesmo de encaixar, o P. fez-me uma torre gigantesca e deixou de brincar com os legos eu então para lhe aguçar o interesse fui buscar os mais pequeninos ele agarrou-o fez uma torre gigantesca e pôs de parte não pegou mais, depois comecei a arranjar outras coisas: legos de esponja para tudo ter texturas diferentes, aqueles que são magnéticos para fazer o genoma humano e pronto ele agora faz... a última diversão dele é colá-los todos na porta do frigorífico... tudo o que for eletrodoméstico, ele já percebeu que aquilo tem colado né? É muito mais divertido ver que partes da casa são magnéticas, então anda a ver em... torneiras... tudo ele tenta pôr. A R. dizia-me... a educadora do ano passado dizia-me que o P. não era uma criança fácil e não era, porque o P. passou os meses todos em casa e depois veio para a escola já mais tarde do que os outros meninos e enquanto os outros meninos já estavam habituados, já adaptados o P. não estava, estava habituado a estar comigo em casa por causa da situação da hipertrofia das amígdalas nos adenoides, o P. fazia imensas apneias e ninguém o conseguia ter aqui a dormir a sesta porque ele fazia apneias. Ele não conseguia respirar e, portanto, não ficava cá o que é que acontece... desistimos nesse ano letivo de ele vir para a escola e eu acabei por ficar com ele em casa depois ele foi operado em setembro

passou um mês e meio e começámos a fazer a introdução em novembro, o P. ainda não tinha os 2 anos mas isto não significa que tenha sido fácil porque o P. não estava habituado a dormir a sesta fora de horas e ele depois... dormir a sesta não era uma coisa do agrado dele... mas pronto, lá conseguimos que ele dormisse a sesta o ano passado depois veio-se a comprovar quando... já posterior ao diagnóstico do CADIN que ele tem baixa produção... não é muito baixa... mas tem um diferencial a nível da produção da melatonina e que se o obrigarem aqui a dormir a sesta ele em casa vai-me adormecer à uma e meia da manhã, portanto agora já consegui combinar com a educadora deste ano... já chegámos à conclusão que é impossível pôr o P. a dormir porque o P. acaba por vencer as pessoas porque ele não tem produção de melatonina, se não tem a hormona ele não dorme, não vale a pena pendura-lo de pernas para o ar porque ele não vai dormir, ele não tem hormona suficiente, quando o forçarmos aqui a dormir de tarde, ele chega a casa à noite para ele conseguir compensar-se, ele fica-me aos saltos em cima da cama até à uma e meia, duas da manhã, portanto se ele não dorme aqui a sesta, em cinco minutos adormece em casa às dez, dez e meia está a dormir, portanto eu agradeço imenso que não o briguem dormir aqui a sesta e a Cláudia... e ele fica bem, se lhe derem um lápis e folhas ele desenha e fica ali sossegado, nem é criança de andar ali a gritar nem nada, mas não produz e não vale a pena estar já a carregar a criança com suplementos que... porque ele é muito pequenino. O diagnóstico está dentro do PEA mas ele preenchia portanto, ele preenchia... a pessoa que lhe fez a avaliação nunca conseguiu interligar-se com o P. nunca conseguiu conectar-se com o P. por diversos fatores que eu tentei explicar à senhora e a senhora não... achava que tinha que ser feito daquele método e pronto e foi por ali que ela insistiu e então punha-me a criança sempre em stress... o P. em stress é lógico que o resultado não ia ser positivo né? Pronto, resumindo o diagnóstico que ela fez da perturbação do espectro do autista está completamente... o P. só reagiu, só reage... pronto, em cem pessoas o P. só reagiu assim com ela, mesmo com mais ninguém. Entretanto fomos fazendo outras avaliações com terapeutas com tudo mais e ninguém, nem a intervenção precoce do estado, ninguém considera que seja este o problema do P., o problema do P. agora veio-se a confirmar com um neuro feedback, finalmente conseguimos fazer o neuro feedback... estávamos há imenso tempo à

espera... é uma lista de espera enorme... e confirmou-se que o P. não é autista, portanto o P. tem o cérebro todo ligado não há aqui... as únicas zonas que estão a vermelho são a parte linguística e isto tem a ver com o facto na zona temporal os laterais só estão desligados estão a vermelho e vão ser ligados agora com a neuro terapia, estão desligados somente porque ele teve, portanto durante a hipertrofia... aquele entre os 9 e os 20 meses... que fez a hipertrofia das amígdalas e dos adenoides, ele não recebia oxigénio suficiente e não houve capacidade do cérebro por falta de oxigénio, portanto o cérebro não podia tratar do corpo e ao mesmo tempo do próprio cérebro, então desenvolveu a parte física por uma questão de sobrevivência. A nível cerebral atrasou na maturação e a especialização do cérebro, ou seja, ele neste momento aos 3 anos já devia ter todas as áreas do cérebro especializadas cada qual com a sua função. O P. ainda não, isso de aí ele ter capacidades estranhas que ninguém percebe muito bem, ele faz coisas que as crianças normais não fazem... ele consegue fazer! Desmontar dobradiças da porta, voltar a montá-las novamente, montar puxadores, desmontá-los, mas depois falar, não fala, porque ele não especializou o cérebro, ou seja, ele recebe a informação toda com todo o cérebro o mesmo tempo, não está a ser canalizada para o sítio certo, pronto. Isso aliado a uma coisa que nós em Portugal não fazemos que é, nós não fazemos no terceiro trimestre de gravidez uma análise ao microbioma da mãe e que devia ser feito porque aparentemente, eu também não sabia, mas os bebés no terceiro trimestre de gravidez vão copiar o funcionamento intestinal da mãe para a vida, pronto, se a mãe por acaso estiver numa fase de stress ou tiver uma disfunção durante aquele período, porque o corpo da mulher sofre muitas alterações hormonais durante a gravidez é exatamente esse erro que ele vai copiar e não o que deveria ser. Como não há uma análise ao microbioma da mãe, ele pode ter um mau funcionamento intestinal, portanto uma disfunção mitocondrial por causa da mãe estar a funcionar mal naquele período, o que provoca que... uma coisa que poderia ser resolvida com um simples... portanto... uma simples suplementação durante a gravidez acaba por criar um problema durante anos, só porque nós, eu nem sequer sabia da existência desse exame, pronto, eu não tinha noção disso, isso depois provoca inflamação cerebral porque depois não vai conseguir produzir as hormonas... não vai produzir as enzimas suficientes que são necessárias para o intestino processar nutrientes com glúten, como a caseína, proteína

animal do leite como a lactose, e tudo o mais o que faz com que esses alimentos tenham que ser retirados e depois posteriormente com calma introduzi-los mas primeiro tem que se tratar da parte da inflamação cerebral e resolver aquilo que... ou seja temos que fazer um reset ao P., fazer um reset intestinal, fazer um reset a tudo. Basicamente temos que o reiniciar para depois ele poder funcionar como os outros, mas isto não é autismo, preenche neste momento... o único critério que o P. preenche, às vezes excecionalmente, algumas vezes ainda o vejo a brincar em bicos de pés, mas o irmão também anda e ele não é autista, portanto é brincadeiras dos miúdos mesmo, é a única coisa que eu vejo. Tem realmente... já lhe passou, já lhe voltou a compulsão de morder, morder, como é que eu vou explicar... não é aos outros miúdos, porque ele está farto de levar dentadas... portanto não tem a ver com isso, tem a compulsão de morder, agora está muito na parte da textura do tecido, eu acho que isto tem muito a ver com a integração sensorial que ele mete tudo o que é tecidos à boca, até agora eram coisas duras, agora é a parte dos tecidos que é mesmo uma forma de controlar a ansiedade dele. Pronto, mas são fases que ele já teve mas essas coisas duras, já passou, teve 6 ou 7 meses que não metia nada à boca e agora voltou a meter tecidos.

**Antes dessa informação já tinha detetado alguns sinais de risco?**

Agora foi em casa aos por volta dos 18 meses que eu comecei a ter a confirmação que havia ali qualquer coisa que estava fora

**O que sentiu e pensou nesse momento?**

Francamente? Que tinha à minha frente uma guerra descomunal porque ele ficar bem ia ficar, isso é ponto assente, mas eu ia ter uma guerra descomunal com toda a gente que me ia aparecer pelo caminho, provavelmente ia, mas mais uma guerra foi o que pensei.

**Como é que descreve os primeiros dias, depois de tomar conhecimento dos sinais de risco do/a seu/sua filho/a?**

Basicamente foi isso, saber que ia ser, provavelmente que se a escola não colaborasse eu ia ter que mudar de escola que se visse que as coisas iam estar aí, eu ia ter que fazer uma data de coisas portanto muda tudo, tive que reavaliar tudo, portanto há coisas que uma criança como o L. o irmão do P. faz de uma maneira e é assim que toda a

gente faz a nível de educar o P. não tem nada a ver não vale a pena educar o P. da mesma maneira.

**Como reagiu a família mais próxima quando teve conhecimento dos sinais de risco?**

É assim, ninguém percebe o problema que o P. tem, não percebem, não são capazes de perceber, por exemplo, não dentro do espectro autista, porque autismo toda a gente tem um bocado noção que aquela criança está ali pronto... a bater com a cabeça nas paredes e a abanar-se, génios matemáticos e meu deus do céu... pronto, é esse o estigma e não tem nada a ver. Ninguém é capaz, depois as pessoas querem que eles... não são capazes de se adaptarem... não são capazes de... porque não têm sensibilidade... não têm... isso não existe... as pessoas não sabem, não são capazes de perceber. Eu não percebia nada de neurologia, a minha área é direito, eu em neurologia era um zero à esquerda, mas, no entanto, ando a estudar e a ler bibliografias que me andam a mandar, literatura americana e estudos e tudo e mais alguma coisa para tentar entender e tentar perceber. Eu nem sequer sabia que nós tínhamos umas glândulas no cérebro que se transformam quando o cérebro está a ser atacado e se tornam guerreiras e que provocam estamina, que produzem estamina que é altamente tóxico e eu não fazia ideia disso.

**Acha que obteve toda a informação necessária para lidar com os sinais de risco?**

Com quem? Eu é que fui à procura e não foi no CADIN que fui buscar a informação com toda a certeza, procuro no país, fora do país, em todo o lado.

**Houve alguém que o/a apoiou após ter conhecimento dos sinais de risco do seu/sua filho(a)?**

Se as pessoas não percebem como é que podem me apoiar? As pessoas ainda hoje não conseguem perceber eu para explicar o que é o conceito de neuroterapia às pessoas, no final disseram-me que os médicos são todos uns aldrabões que só querem é roubar dinheiro e depois deram-me o exemplo de duas hérnias discas que tinham diagnosticado na coluna não sei quantos anos e ainda não tinham morrido... portanto não vale a pena tentar explicar algumas coisas às pessoas, falar de conexões neuronais, falar de... são coisas que não são faladas, as pessoas não têm noção... é conversa para inglês ver... pronto porque as pessoas também não fazem um esforço

para perceber, mas isso não tem a ver com... a minha avó tem a segunda classe e se eu lhe explicar ela ouve atentamente e tenta perceber, tem a ver com a personalidade da pessoa e eu conheço pessoas que tiveram funções ao longo da vida de até com alguma responsabilidade perante o público e que não... são duras como portas e não vale a pena tentar explicar.

**Como acha que a Escola e os Educadores devem comunicar os sinais de risco?**

Eu acho que a R. deveria ter tido mais abertura para perceber certas e determinadas situações do P., não foi capaz de ceder porque achava que ele tinha de se encaixar no rebanho e o meu P. nunca... aliás nem o meu P. nem o meu L., deviam ser obrigados a pertencer nenhum rebanho porque nós não somos ovelhas. Cada criança é uma criança e cada vez mais a tendência infelizmente tendo em conta a porcaria toda que nós comemos na comida, é que em 2020 não sei das quantas, 50% das crianças têm uma pequena, nem que seja uma pequena perturbação do espectro autista e portanto a parte educacional ou se vai adaptar ou então vai estar desgraçada porque ninguém vai encaixar em lado nenhum no P., nem sequer está relacionado com o açúcar, a própria tendência que as crianças têm para a tecnologia e o acesso que os pais lhes dão à tecnologia os bloqueia completamente só estimula uma zona específica do cérebro e é aquilo que está a ser estimulado... ali, mega estimulados, mas tudo o resto que está à volta não está a funcionar. As crianças estão preparadas para estímulos imediatos só.

**Gostaria de nos dizer mais alguma coisa, de partilhar alguma inquietação, ou mesmo de nos contar algo de importante que já tenha acontecido na vida do/a seu/sua filho/a?**

Eu acho que temos estado todos em sintonia desde o início deste ano, ainda agora chegamos à conclusão, a C. sozinha, acho muito bem que ela tenha chegado à conclusão porque eu já tinha dito diversas vezes que o P. tinha baixa produção de melatonina, se o forcarem a dormir a sesta ele à noite não consegue adormecer antes da uma e meia da manhã, depois salta, salta, salta, tem necessidade de se cansar, ele adormece por exaustão. Não é adormecer aquela coisa que deveria ser, que é adormecer com calma... não era assim que ele adormecia, para ele dormir era uma grande seca e deve ser horrível, não é? A parte do dia que é suposto... vou descansar, vou sonhar, vou ler um livro para a cama... em vez de ser uma coisa boa era tipo...

fogo, vou ter de me cansar a pontos de cair para o lado era isto que era dormir e, portanto a C. percebeu que não valia a pena até porque o P. acabou por ganhar: não dormia, não dormia a sesta, ele próprio durante muito tempo fez a vontade, até que chegou uma altura que ele deixou pura e simplesmente de dormir, tipo não me obrigam, acabou, sou mais teimoso que vocês não me obrigam porque eu quero é dormir à noite e a C. então agora já não o tem forçado e ele à noite adormece em cinco minutos, às 22h 30m o P. já está a dormir. O P. tem a rotina dele nós somos três lá em casa. Portanto são dois bebés para mim, portanto a rotina é sempre a mesma coisa, chega às 21h 30m e a mãe vai pôr o mano a dormir, pega no computador, liga o computador com uma cascata com muita água, música de relaxamento com enxames e imagens porque também ajuda a nível da integração sensorial para descarga e não sei o quê, portanto ele fica ali a ouvir piano sossegadinho, o barulho da água, pronto e com folhas de papel branco à frente dele os lápis de cor e ele fica ali a desenhar pronto e a mãe vai adormecer o L. pronto quando acaba de adormecer o L., vem para ao pé do P. uns 15/20 minutos a desenhar espirais, a desenhar corações, a desenhar quadradinhos, a desenhar isto, a desenhar aquilo, ensiná-lo a pintar dentro dos contornos essas coisas assim, ele acaba por começar a esfregar os olhos, a ficar cansado, a abrir a boca e depois ele próprio começa-me a puxar a cabeça porque quer abraçinhos e quer beijinhos, pronto, está na hora de ir para a cama não é? Lá lhe tiro a parte da frente do tabuleiro, chega-se à cama... mas tenho é de me deitar com ele... não há hipótese, não abdica desse bocadinho até porque eu também adormeço o irmão, ele também é um bebé só tem 3 anos... sou um homem para muita coisa mas para isto também sou bebé, então agarra-se ao pescoço da mãe e é mais cinco minutos, dá três pulitos com o rabiote e depois acaba por engatar a dormir na boa, isto é quando não o obrigam a dormir a sesta, se o obrigarem a dormir a sesta vai saltar 3 horas que ele assim não consegue... assim dorme descansado só acordou hoje de manhã às 7h 38m porque o irmão acordou aos gritos...

**Tenho a agradecer a sua participação, muito obrigado, foi muito importante.**

## ANEXO H – Análise de Conteúdo

### Análise de Conteúdo – Entrevista Educadora caso 2 – E2

| <b>Categorias</b>                  | <b>Subcategorias</b>                                     | <b>Indicadores</b>            | <b>Unidades de registo</b>   |
|------------------------------------|--|-------------------------------|--|
| - Compreensão do contexto familiar | - Reação da família à problemática da criança            | - Bem                         | (...) é uma família muito acessível (...) aceita e se preocupa com a criança e o bem-estar (...)   |
|                                    | - Reação da família após comunicação dos sinais de risco | - Contato diário com a escola | (...) não é que se verifique grandes alterações, mas pronto nota-se que a família está preocupada e vai perguntando onde é que pode intervir (...) |

|  |                                  |  |  |
|--|----------------------------------|--|--|
| - Compreensão do quadro de desenvolvimento | - Características mais evidentes | - Atenção da criança<br>- Não aceitar a frustração<br><br>- Birras | (...) a grande dificuldade em estar atento (...) a grande necessidade de ser sempre o primeiro (...) não conseguir lidar com a frustração (...) fazia grandes birras (...)   |
|  | - Ajuda de outros profissionais  | - Não  | (...) não, portanto, a ajuda que tive foi os profissionais da escola, tanto a equipa da sala como as educadoras da escola (...)  |
|  | - Necessário mais apoio          | - Sim  | (...) existe muito esta lacuna de podermos pedir a ajuda de técnicos especializados antes de fazer um diagnóstico (...) se calhar, era importante, se mesmo antes do relatório mais formal, podermos ter um técnico mais especializado que nos ajudasse. |

|                              |  |                              |  |
|------------------------------|--|------------------------------|--|
| - Intervenção junto dos pais | - Principal meio de comunicação        | - Reuniões<br>- Pessoalmente | (...) peço para reunir pessoalmente (...) exponho normalmente o caso (...)   |
|                              | - Abordagem ao detetar sinais de risco | - Conversa com a família     | (...) exponho normalmente o caso e porquê a necessidade de pedir ajuda a técnicos especializados (...)   |
|                              | - Reação da família                    | - Preocupação                | (...) a primeira reação foi perguntar se estavam a falhar nalgum ponto (...)   |
|                              | - Trabalho colaborativo                | - Não                        | (...) não.   |
| - Sentimentos da educadora   | - Receios e expetativas                | - Receio da abordagem        | (...) nunca é fácil para nós profissionais abordar uma família e dizer que a criança poderá ter algum tipo de dificuldade (...) temos sempre um pouco de receio, a forma como a família vai aceitar ou não (...) |

|  |                              |          |  |
|--|------------------------------|----------|--|
| - Outros casos de crianças com sinais de risco | - Existência de outros casos | - Sim    | (...) Sim.   |
|  | - Sentimentos da educadora   | - Receio | (...) eu penso que inicialmente há sempre um pouco de receio... pronto, a família irá aceitar, não irá aceitar (...) |

# ANEXO I – Boletim de nascimento – Caso 1

Duração da gravidez 41 semanas \_\_\_\_\_ dias  
 Cumprimento do esquema de vigilância pré-natal: SIM  NÃO   
 n.º de consultas 13  
 Risco da gravidez: Baixo  Médio  Alto   
 Observações: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Local do parto C.H.  
 Tipo de parto: eutócico \_\_\_\_\_ cesariana X  
 fórceps \_\_\_\_\_ ventosa \_\_\_\_\_  
 Epidural: SIM  NÃO   
 Peso ao nascer 2665 g  
 Comprimento 47,0 cm  
 Perímetro cefálico 32,2 cm  
 Índice de Apgar ao 1.º min. 90 ao 5.º min. 100 ao 10.º min. \_\_\_\_\_  
 Reanimação: SIM  NÃO   
 Observações: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Contacto pele com pele e aleitamento materno pelo menos durante a primeira hora de vida: Sim  Não  < 1 hora \_\_\_\_\_  
 Aleitamento materno até alta hospitalar: Sim, exclusivo  Sim, misto  Não

Vacinas feitas na maternidade:  
 BCG: Lote \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Anti-hepatite B: Lote \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Rastreio de doenças metabólicas realizado: Data 12/08/2014  
 Local CHBH - Neonatologia realizado por [assinatura]

Rastreio Auditivo Neonatal Universal:  
 - Potenciais Evocados Auditivos de tronco cerebral   
 - Otiocomissões Acústicas  OP - Pass  
 - Data e resultado 13/08/14 OG - Pass [assinatura]  
 - Repetição e encaminhamentos \_\_\_\_\_

Internamento em Neonatologia: Sim  Não   
 Hospital \_\_\_\_\_  
 Resumo do internamento (registrar nas notas)  
 Enviada carta de alta: Pelo próprio  Correio   
 Mail  PDS

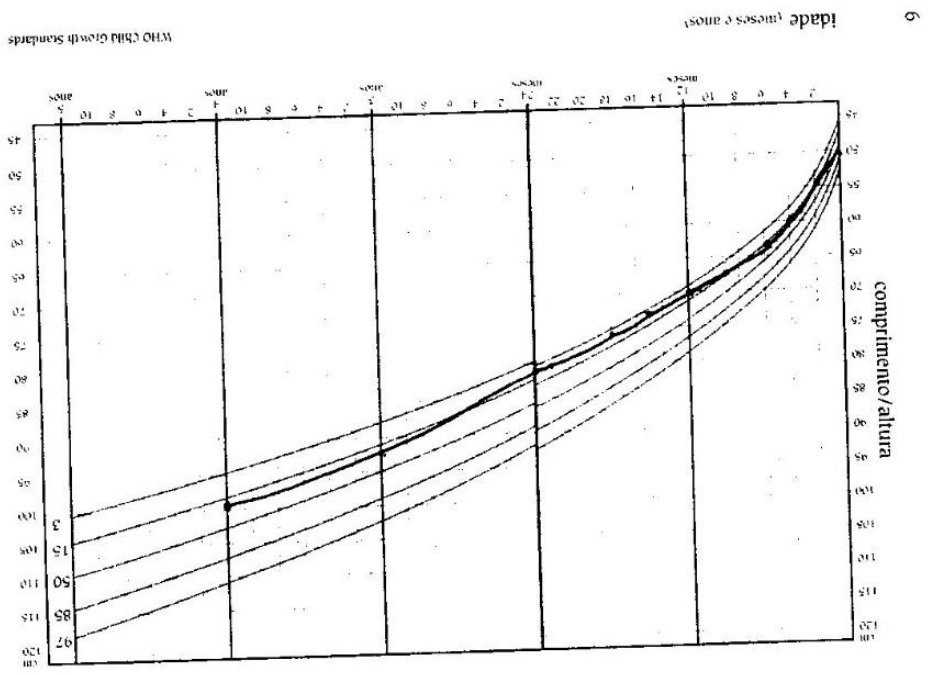
| Data     | Idade | Peso | Comp./<br>Altura | Perim.<br>Cef. | IMC | P. IMC | TA |
|----------|-------|------|------------------|----------------|-----|--------|----|
| 13/12/14 | 11d   | 2560 |                  |                |     |        |    |
| 20/8/14  | 11d   | 2915 |                  |                |     |        |    |
| 25/2/14  | 16d   | 3015 |                  |                |     |        |    |
| 29/8/14  | 20d   | 3130 |                  |                |     |        |    |
| 15/9/14  | 20d   | 3390 | 57               | 35             |     |        |    |
| 09/09/14 | 11d   | 3555 |                  |                |     |        |    |
| 17/9/14  | 17d   | 3670 | 58,5             | 36             |     |        |    |
| 23/9/14  | 17d   | 3890 |                  |                |     |        |    |
| 30/9/14  | 24d   | 4070 |                  |                |     |        |    |
| 05/10/14 | 27d   | 4420 | 57,2             | 37,7           |     |        |    |
| 27/10/14 | 27d   | 4570 |                  |                |     |        |    |
| 21/11/14 | 28d   | 4460 |                  |                |     |        |    |
| 14/12/14 | 34d   | 5450 | 57,5             | 40             |     |        |    |
| 11/02/15 | 61d   | 6100 | 63,7             | 41,2           |     |        |    |
| 15/5/15  | 99d   | 7120 | 67               | 42,5           |     |        |    |
| 26/8/15  | 127d  | 7400 | 70               | 43,5           |     |        |    |
| 11/11/15 | 157d  | 8080 | 72,6             | 44,2           |     |        |    |

Registem regularmente estes dados nos gráficos de percentis e expliquem aos pais/cuidadores e à jovem o significado das curvas de percentis.

| Data     | Idade | Peso  | Comp./<br>Altura | Perim.<br>Cef. | IMC   | P. IMC | TA |
|----------|-------|-------|------------------|----------------|-------|--------|----|
| 10/02/16 | 18d   | 8130  | 75,7             | 44,7           |       |        |    |
| 20/6/16  | 20d   | 9310  | 80               | 45             |       |        |    |
| 20/8/16  | 22d   | 9525  | 81,2             | 45,8           |       |        |    |
| 04/10/17 | 31d   | 11800 | 92,5             | —              |       |        |    |
| 12/11/17 | 41d   | 12400 | 99               | —              |       |        |    |
| 26/10/18 | 31d   | —     | —                | 46,5           | 91/45 |        |    |
|          |       |       |                  |                | 7,96  |        |    |

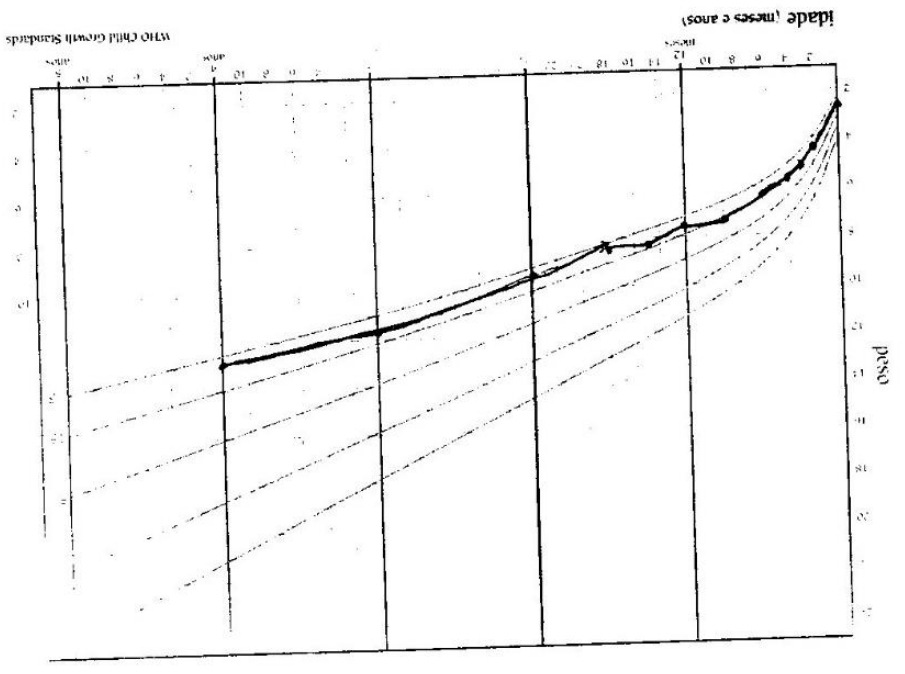
Registem regularmente estes dados nos gráficos de percentis e expliquem aos pais/cuidadores e à jovem o significado das curvas de percentis.

100  
 105  
 110  
 115  
 120

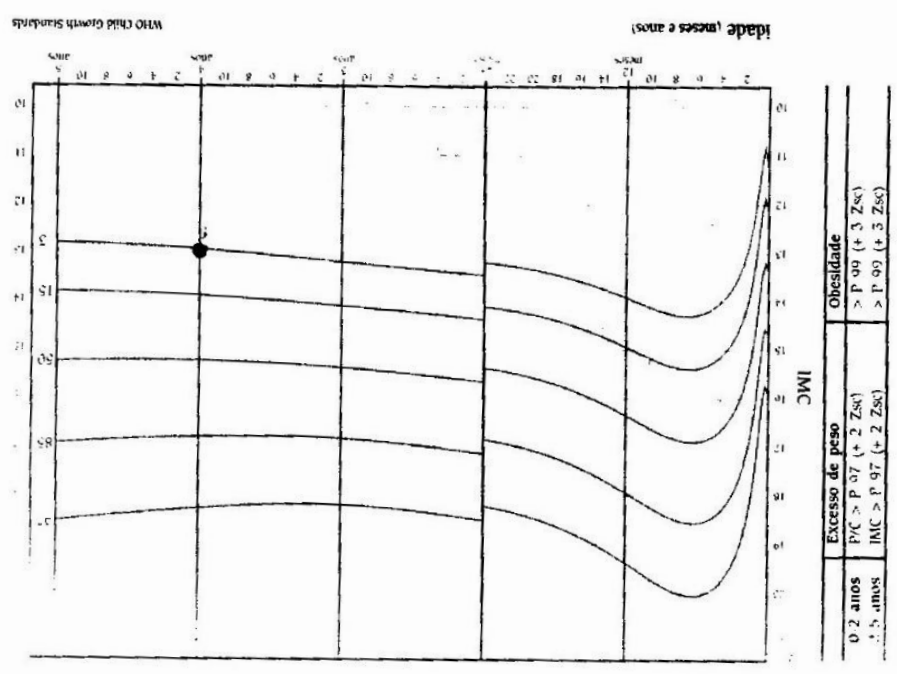
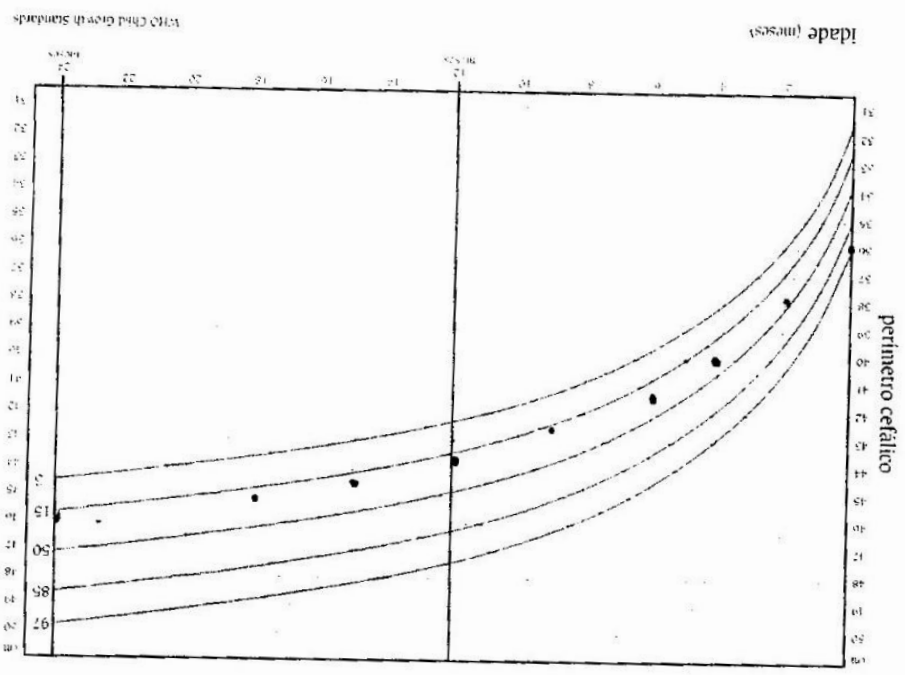


6

100  
 105  
 110  
 115  
 120



6



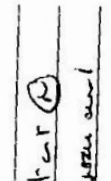


19.14

(assinale os parâmetros avaliados)

- peso
- comprimento
- perímetro cefálico
- IMC
- coração
- anca
- visão
- audição
- exame físico completo
- desenvolvimento
- verificar se fez BCG e vacina Anti-Hepatite B
- segurança do ambiente
- relação emocional
- alimentação
- posição de deitar
- higiene
- acidentes e segurança
- hábitos intestinais e cólicas
- temperatura normal e febre
- sintomas/sinais que justificam recorrer aos profissionais de saúde
- dificuldades do principal cuidador na relação com a bebé
- vitamina D e outros suplementos minerais e vitamínicos

67

901   
Cadastrado em 19/05/2014

Dar de mamar é a melhor opção, sempre que possível e assim for descolado. Se pretende amamentar, não desista à primeira contrariedade. As dificuldades que a amamentação cobra no início poderão ser ultrapassadas com o apoio do(a) médico(a), enfermeiro(a) ou até de outra mãe experiente. As preocupações e o stress fazem com que o leite não saia tão facilmente, podendo causar ingurgitamento da mama. Poderá também solicitar apoio através da linha "SOS Amamentação" (<http://www.sosamamentacao.org.pt/Home/tabid/85/Default.aspx>).

Todos os bebés perdem peso nos primeiros dias de vida, recuperando aquele com que nasceram até aos 15 dias.

A menos que esteja muito calor ou a bebé tenha febre, vômitos ou diarreia, não é necessário dar-lhe água, pois o leite supre as necessidades locais de líquidos. Mesmo assim, se lhe parecer que a sua bebé tem sede, lembre-se que pode oferecer-lhe a mama a qualquer hora.

A bebé deve ser levada ao centro de saúde, entre o 3.º e o 6.º dia de vida, para fazer o "teste do pezinho" (rastreo neonatal de doenças metabólicas) e para fazer as vacinas BCG e Anti-Hepatite B, caso não as tenha feito na maternidade.

Marque a consulta de vigilância, que deve ocorrer na primeira semana de vida da bebé. Esta consulta pode ser realizada num Centro de Saúde/USF ou em médico(a) particular. No primeiro caso, poderá utilizar a aplicação e Agenda, disponível no Portal da Saúde (<http://www.min-saude.pt/portal/contenidos/servicos/orilime/agenda.htm>).

Para garantir a segurança da bebé, é essencial transportá-la no automóvel numa cadeira própria, conforme as indicações da Direção-Geral da Saúde, disponíveis em [www.dgs.pt](http://dgs.pt). Além disso, nunca deve deixá-la sozinha em cima da cama, mesa ou sofá, nem manter por perto líquidos quentes. Há que ter atenção à temperatura da água do banho e do biberão, se for caso disso, de forma a evitar queimaduras.

A bebé deve ser deitada de preferência na posição "de costas", se o(a) médico(a) não contraindicar.

Por de manar é a melhor opção, se a mãe quiser e puder. O apetite da bebê é variável e os intervalos entre as refeições nem sempre são regulares. Não lida projetos a prazo: pense apenas na próxima mamada... e de próxima em próxima, passam os dias e as semanas. Aconselhe-se com o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) acerca de qualquer dificuldade que surja, podendo também solicitar apoio através da linha "SCS Amamentação" (<http://www.sosamamentacao.org.br/Home/tabid/85/Default.aspx>).

É normal a bebê ter "cólicas" e bolar nos primeiros meses de vida. Os pais/cuidadores devem aconselhar-se com o(a) médico(a) ou com o(a) enfermeiro(a) caso a bebê não esteja a aumentar corretamente de peso ou manifeste sinais de não estar bem.

A bebê pode chorar por muitas razões - fome, frio, calor, cólicas, fadiga suja, ruído e/ou necessidade de afeto. É importante aprender a interpretar o choro da bebê. O colo e o mimo não fazem mal - os bebês precisam do contacto humano.

- A bebê deve ter, desde início, o seu berço para dormir.
- Para evitar o perigo de asfixia, não devem ser colocados laços, fitas ou almofadas dentro da cama ou da alcafa.
- Para evitar quedas, não deve deixar a bebê sozinha em cima de uma cama ou de um sofá, nem que seja apenas "por um segundo". Para evitar queimaduras, há que ter atenção à temperatura da água do banho e do hiberão.
- Confirme se já foi marcada a consulta do primeiro mês; caso contrário, não se esqueça de o fazer.

17/09/14 18+85

(assinale os parâmetros avaliados)

- peso
- comprimento
- perímetro cefálico
- IMC
- coração
- anca
- visão
- audição
- exame físico completo
- desenvolvimento
- segurança do ambiente
- relação emocional

- alimentação
- cólicas
- posição de deitar
- hábitos de sono
- desenvolvimento e temperamento
- acidentes e segurança
- conduta face a sinais e sintomas comuns
- vacinação - benefícios e reações
- dificuldades do principal cuidador na relação com a bebê
- vitamina D e outros suplementos minerais e vitamínicos

Seu peço. Sua interacção.  
 Alimentar a mãe e a bebê extensivamente  
 huerica huer.  
 PEP huer huer. Bem DPH. Sua  
 alterações de novo co. E.  
 Manter-se em todos. 23



A mãe ou o pai têm direito a dispensas no trabalho durante o primeiro ano de vida da criança, de acordo com a Legislação de Proteção à Parentalidade.

Quando a mãe retomar a atividade profissional, o dia a dia da família deve ser reorganizado e se a bebé tiver que ficar com outra pessoa dê-lhe a conhecer as suas características, temperamento e hábitos. Chegado a este momento, poderá pensar-se que não é possível manter o aleitamento materno exclusivo por começar a trabalhar. No entanto, a mãe poderá extrair leite através de uma bomba e acondicioná-lo de forma segura, de modo que a bebé possa continuar a alimentar-se do leite materno na sua ausência. Para mais informações poderá consultar o *site* da Direção-Geral da Saúde na página <http://www.saudeprodutiva.dgs.pt/>.

– Relembremos que a amamentação exclusiva é o ideal até aos 6 meses de vida da bebé. No entanto, se for necessário introduzir outro leite, aconselhe-se junto do(a) médico(a) ou do(a) enfermeiro(a). O leite de vaca "em natureza" não está indicado nestas idades.

– A introdução de outros alimentos, para além do leite, não deve ser efetuada antes dos 4 meses.

– Ao adquirir uma cama para a bebé, verifique se é estável, sólida e com grades de pelo menos 60 cm de altura. A distância entre as grades não deve ser superior a 6,5 cm.

– Fale com a bebé usando preferencialmente vogais abertas e espere uma vocalização como resposta.

– Sente-a com apoio, de maneira que ela consiga aumentar o campo visual e possa brincar com as mãos.

– A partir dos 3 meses dê/ponha na mão da bebé brinquedos simples, de dimensões adequadas (maior que uma moeda de € 2) com cores vivas, que ela possa levar à boca sem perigo (exemplo: roca).

10/12/14

614+121

USF

22 [redacted] [redacted] [redacted]  
(assinale os parâmetros avaliados)

- |  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> peso               | <input checked="" type="checkbox"/> audição               |
| <input checked="" type="checkbox"/> comprimento        | <input checked="" type="checkbox"/> exame físico completo |
| <input checked="" type="checkbox"/> IMC                | <input checked="" type="checkbox"/> desenvolvimento       |
| <input checked="" type="checkbox"/> perímetro cefálico | <input checked="" type="checkbox"/> vacinação             |
| <input checked="" type="checkbox"/> visão              | <input checked="" type="checkbox"/> segurança do ambiente |
|  | <input checked="" type="checkbox"/> relação emocional     |

- |  |
|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> temperamento/relacionamento  |
| <input checked="" type="checkbox"/> atividades promotoras do desenvolvimento                             |
| <input checked="" type="checkbox"/> vida na creche, ama ou outros atendimentos diurnos                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> aleitamento materno  |
| <input checked="" type="checkbox"/> complementar o aleitamento com a introdução de novos alimentos. Água |
| <input checked="" type="checkbox"/> acidentes e segurança  |
| <input checked="" type="checkbox"/> conduta face a sinais e sintomas comuns                              |
| <input checked="" type="checkbox"/> dificuldades do principal cuidador na relação com a bebé             |
| <input checked="" type="checkbox"/> vitamina D e outros suplementos minerais e vitamínicos               |

Ex. sig: (D)

Entre os 4 e os 6 meses, a bebê poderá começar a experimentar diversos alimentos. Tal como os adultos, os bebês também podem manifestar as suas preferências. O intervalo aconselhado entre a introdução de cada alimento novo é de cerca de uma semana. Os alimentos sólidos devem ser dados à colher.

A hora da refeição deve ser calma e não muito prolongada. Os hábitos alimentares, bons e maus, adquirem-se nos primeiros anos de vida.

Os bebês precisam de brincar. Aproveite o seu tempo livre para brincar com ela e conhece-la melhor.

Os bebês exploram com a boca os objetos que os rodeiam. Por isso, os brinquedos devem ser macios, facilmente laváveis e suficientemente grandes (maiores do que uma moeda de € 2), para que não possam ser engolidos ou aspirados. Esteja com atenção às partes soltas ou destacáveis e aos fios compridos que possam sufocar a criança. Conviém retirar as pulseiras e os anéis, porque pode levá-los à boca e aspirá-los.

- Atenção aos fornos de micro-ondas: quando aquecidos, os alimentos ficam mais quentes do que os recipientes, o que pode provocar queimaduras.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

11/02/15 6H+2U

USF

~~Dr. [redacted] / [redacted]~~

(assinale os parâmetros avaliados)

- peso
- comprimento
- perímetro cefálico
- IMC
- dentes
- anca
- visão
- audição
- exame físico completo
- desenvolvimento
- vacinação
- segurança do ambiente
- relação emocional

- atividades promotoras do desenvolvimento
- reação a estranhos
- escolha de brinquedos
- introdução de novos alimentos
- dentição/saúde oral
- acidentes e segurança
- conduta face a sinais e sintomas comuns
- dificuldades do principal cuidador na relação com a bebê
- vida na creche, ama ou outros atendimentos diurnos
- vitamina D e outros suplementos minerais e vitamínicos

Sem queixas. Criança feliz, há 1 semana.  
Diversificação alimentar a decorrer  
sem intercorrências. PEP hidratante  
e DPH adequados. Sem alterações  
cc. U.



Consulta dos 18 meses

Nome: 11/11/15 Mãe: USF  
 Data: 15/11/15 Hora: 15h  
 Local: [redacted]

(assinale os parâmetros avaliados)

- |  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> peso               | <input checked="" type="checkbox"/> visão                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> comprimento        | <input checked="" type="checkbox"/> audição/linguagem               |
| <input checked="" type="checkbox"/> perímetro cefálico | <input checked="" type="checkbox"/> exame físico completo           |
| <input type="checkbox"/> IMC                           | <input checked="" type="checkbox"/> desenvolvimento                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> dentes             | <input checked="" type="checkbox"/> vacinação                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> anca/marcha        | <input type="checkbox"/> segurança do ambiente                      |
|  | <input checked="" type="checkbox"/> relação emocional/comportamento |

- acidentes e segurança
- afirmação da personalidade, birras, negativismo, independência, ansiedade da separação
- atividades promotoras do desenvolvimento
- reforço positivo da capacidade de expressão
- alimentação - principais erros alimentares
- dentição e higiene oral
- estilos de vida saudáveis (brincar, passear, dormir)
- calçado

Erros frequentes. Alimentação  
variada. Sem OK. Freqüente infante.  
sem RFP. hanseniose. Bem DPH  
Sem alterações de EC

com o desenvolvimento da criança  
com o desenvolvimento da criança

A criança já pode ter o regime alimentar da família com pouco sal, açúcar e gorduras.  
 Se o(a) médico(a) não contraindicar, pode dar-lhe, por volta do ano de idade, o leite de vaca "em natureza", de preferência o leite ultra-pasteurizado (UHT).  
 No segundo ano de vida, o crescimento é mais lento e é por isso que há uma redução natural do apetite.  
 É fundamental, nestas idades, criar hábitos de higiene orais. Duas vezes por dia, podem fazer da escovagem dos dentes um momento divertido e de partilha.  
 - Os bebês são "espertos" desde que nascem, mas a partir desta idade é natural que tentem manipular mais os pais, por exemplo, através do choro e das birras.  
 - Ensine à criança as regras de convivência social. Não a deixe fazer tudo o que quer. Afeto não quer dizer permissividade.  
 - Atenção aos fios e pontas de toalhas que a bebê pode puxar e aos objetos perigosos que já consegue alcançar. Tenha em atenção os bicos dos móveis e os objetos pesados que podem tombar sobre a criança. Não esqueça que a bebê pode querer apoiar-se na porta do forno e queimar-se ou puxar as pegas dos tachos, panelas e frigideiras, se elas ficarem voltadas para fora. Nunca se deve cozinhar com uma criança ao colo.  
 - Os objetos pequenos, como peças de brinquedos, papel dos rebuçados e também os frutos secos (amêndoas, nozes, avelãs), podem causar engasgamento e sufocação.  
 - Fale com a bebê, nomeie conceitos simples, dê sempre a mesma designação aos objetos e faça o reforço positivo quando ela identifica o que foi indicado (ex. nome de familiares, bola, carro, pé, mão).  
 - A bebê não precisa de mais de um par de sapatos, desde que tenha sola dura e calçar um apoiado.

Consulta dos 2 anos

Nome: 2064 [assinatura]  
 Data: [assinatura]

(assinale os parâmetros avaliados)

- peso
- altura
- perímetro cefálico
- IMC
- dentes
- problemas ortopédicos/anca/marcha
- visão
- audição
- exame físico completo
- desenvolvimento
- linguagem
- vacinação
- segurança do ambiente
- relação emocional/comportamento

- restrição de alimentos açucarados, fritos, refrigerantes
- aprendizagem de regras e rotinas na vida diária
- brincar, desenhar, hábitos de televisão/Internet, ritual de ir para a cama
- atividades promotoras do desenvolvimento
- relação emocional/comportamento
- controle de esfíncteres
- "desnãme" da chupeta
- dentição, escovagem dos dentes
- preparação de entrada para o jardim de infância
- acidentes e segurança

Desenvolvimento da Zita e da sua família Avaliação  
DEPREGA

Transferida na USF-SAC a 12/11/16  
sem alterações.

A criança não deve ingerir alimentos salgados ou muito açucarados. As guloseimas devem ser deixadas para "ocasiões especiais" e nunca ao deitar (para prevenir a cárie). É natural que a criança fique com ansiedade quando se separa dela, ou que acorde de noite a chorar - trata-se de uma fase própria do desenvolvimento. Procure dar-lhe a sensação de segurança e aja com tranquilidade.

- Pode começar o treino do bació, sem insistir. Cada criança tem o seu ritmo próprio de desenvolvimento, que devemos saber respeitar.
- Se a criança ainda usa biberão, há que começar a retirá-lo.
- Estimule para que brinque e desenhe. Procure contar-lhe uma história todos os dias.
- Escove-lhe os dentes com uma escova de tamanho adequado, macia, à noite e uma outra vez. Use um dentífrico com 1000/1500 ppm de flúor.
- A criança está a crescer e já chega "a todo o lado". Mantenha fora do seu alcance objetos pesados, tóxicos, medicamentos e fios que ela possa puxar.
- Reveja a posição e tamanho da cadeira para transporte de crianças em automóvel, conforme as indicações da Direção-Geral da Saúde, disponíveis em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt).



A criança já tem um vocabulário rico e habitualmente uma imaginação fértil. Aos 5 anos, inventam-se histórias, misturando a realidade com a ficção. Não se trata de mentiras, mas de fantasia.

A descoberta e manipulação dos órgãos genitais, por vezes em público, fazem parte do processo de desenvolvimento nesta idade. Não chame demasiado a atenção para o assunto, nem de forma reprovadora ou provocadora.

Se a criança vai frequentar o jardim infantil, visite o local com ela e fale previamente com as educadoras e os educadores, de modo a facilitar a sua adaptação. Inquire-se das condições de segurança e das atividades pedagógicas da escola. Sempre que possível, os pais devem fazê-lo em conjunto.

- Verifique se a escovagem dos dentes faz parte das rotinas da instituição. Incentive esta atividade.

- Escolha, com a opinião da criança, os programas de televisão e os sítios da Internet que pode ver.

12/09/18

4A+111 USF

~~\_\_\_\_\_~~ ~~\_\_\_\_\_~~ cf ~~\_\_\_\_\_~~

(assinale os parâmetros avaliados)

- |   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> peso                              | <input checked="" type="checkbox"/> audição                         |
| <input checked="" type="checkbox"/> altura                            | <input checked="" type="checkbox"/> exame físico completo           |
| <input checked="" type="checkbox"/> IMC                               | <input checked="" type="checkbox"/> linguagem                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> dentes e gengivas - registo 10/10 | <input checked="" type="checkbox"/> desenvolvimento                 |
| 11x pág. 56 69/100  | <input checked="" type="checkbox"/> vacinação                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> tensão arterial                   | <input checked="" type="checkbox"/> segurança do ambiente           |
| <input checked="" type="checkbox"/> visão                             | <input checked="" type="checkbox"/> relação emocional/comportamento |

- |  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> erros alimentares  | <input checked="" type="checkbox"/> regras e capacidade de terminar tarefas                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> hábitos de sono  | <input checked="" type="checkbox"/> lateralidade  |
| <input checked="" type="checkbox"/> adaptação ao jardim infantil   | <input checked="" type="checkbox"/> atividades promotoras do desenvolvimento                |
| <input checked="" type="checkbox"/> relacionamento com outras crianças e adultos, cumprimento de regras e capacidade de terminar tarefas | <input checked="" type="checkbox"/> estimular a criatividade, hábitos de televisão/Internet |
| <input checked="" type="checkbox"/> atividades desportivas e culturais   | <input checked="" type="checkbox"/> saúde oral  |
| <input checked="" type="checkbox"/> acidentes e segurança  |   |

Carly: Solidária ao fêlix  
Naõ adgura: parohidade bliss  
o potend e ter longos  
cinco | uno confunvid  
 ↳ Aguarde consulte de Desav.

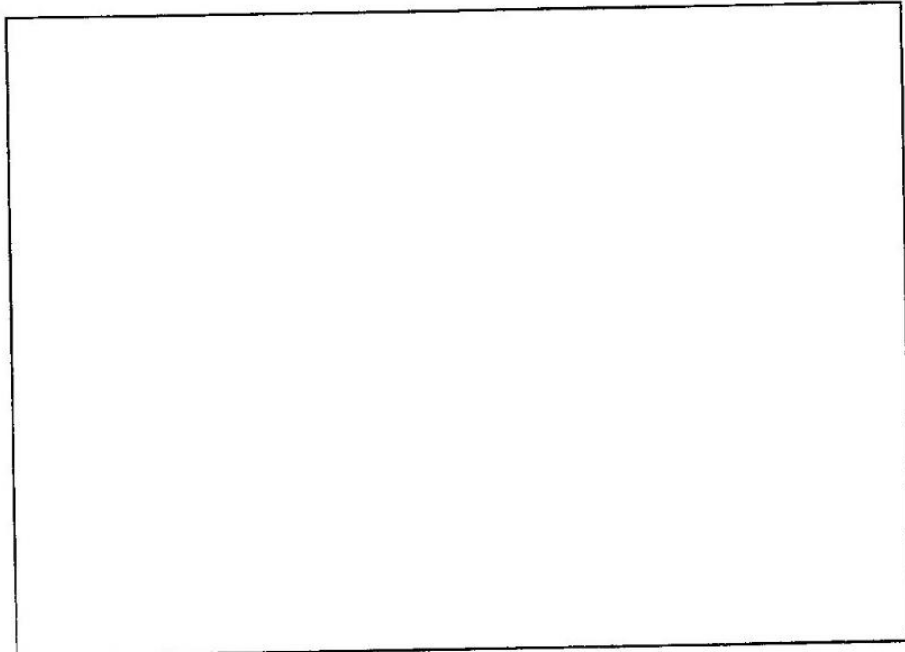
Data

13/8/14

Bernard, H. ~~...~~  
A Di (1 tab vida) transprens: glicose  
- Unidade de Neurociencia onde permeia  
- em de D3 espiritos brava 5p  
- facilmente respiravel + imitacionis  
- alimentari

Rastreamento metabolico alargado ("teste do pezinho")  
entre o 3º e 6º dia de vida no Centro de Saude; ✓  
- Consulta de vigilancia de saude infantil  
na primeira semana de vida;  
- Pesagem semanal;  
- Alimentação: 4N exclusivo  
- Observações: Desenvolvimento bom.  
Sintetizada 4- e 5: dada pe ampana +  
dele negro numeracione pe 8 pontos  
Referencia: consulta de Ortodontia. Inicial ~~...~~

61



(4)

Data

24/01/74 REPETIDO DIAGNOSTICO  
PRECOCE POR VALSA  
ALTERNADA. ~~CH~~

26/9/018 Consulta de Neurol  
desenvolvimento  
CH ~~CH~~  
4 Anos  
hissico ataxico nascerado  
relativas a cognição, voz  
verbal.  
Hortatipo peculiar pelo  
que se salienta consulta  
de Genética médica  
Inte yasso com padium  
de Infância com lapio  
da Eli Lucif. ~~CH~~

62

Data

63