

O PAPEL DO PEDAGOGO E A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA JUNTO A UM PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE DE UMA CIDADE DO INTERIOR DO TOCANTINS

Dra. Adriana Garcia Gonçalves¹
Ana Paula Marques Leal Barbosa²

RESUMO

A estimulação precoce é conceituada como sendo um conjunto de ações de uma equipe multiprofissional que estabelece incentivos ambientais destinados a proporcionar a criança de risco ou com necessidades especiais, nos seus primeiros anos de vida, experiências significativas inseridas num contexto para garantir o desenvolvimento pleno em seu processo evolutivo. No Modelo Integral de programas de estimulação precoce preconiza-se a participação da família, assumindo papel ativo frente ao processo de evolução e de aquisição de conhecimentos da criança em atendimento na estimulação precoce. Fica evidente que a equipe multiprofissional é a grande responsável em direcionar a ação da família, uma vez que a própria deve fazer parte integrante da equipe. Assim, o objetivo do presente estudo foi o de caracterizar o papel do pedagogo e a participação da família junto a um programa de estimulação precoce de uma cidade do interior do Tocantins. A metodologia utilizada foi o estudo de caso e o local para a realização da coleta de dados foi na própria sala de estimulação precoce e também consulta em prontuário das crianças atendidas. O participante da pesquisa foi uma das professoras responsáveis pelo trabalho pedagógico na sala de estimulação precoce. O instrumento utilizado para coleta de dados foi a entrevista semi estruturada com roteiro de perguntas pré estabelecido e composto por questões abertas. O relato de fala da participante foi gravado e transcrito após coleta de dados e analisado. Os resultados foram categorizados em cinco classes, sendo: funcionamento da sala, formação geral e específica, recursos humanos no atendimento às crianças, rotina de trabalho e participação da família. Foi possível constatar que a participante não apresenta formação específica para o trabalho com estimulação precoce e, portanto, demonstrou dependência frente à equipe dos profissionais da saúde. Também relatou que a participação da família acontece, mas somente com os cuidados gerais das crianças com dependência para as atividades de locomoção, alimentação e higiene. Assim, foi possível constatar, como em outras realidades brasileiras que não há um Modelo Integral com sustentação teórica para o trabalho em estimulação precoce que integre a saúde e educação, sendo a primeira mais valorizada em detrimento da segunda.

Palavras chave: Crianças com necessidades especiais; Estimulação precoce; Família; Modelo bioecológico.

INTRODUÇÃO

O objetivo deste estudo foi o de caracterizar o papel do pedagogo e a participação da família junto a um programa de estimulação precoce de uma cidade do interior do Tocantins.

Segundo as diretrizes educacionais a estimulação precoce é definida como um “conjunto dinâmico de atividades e de recursos humanos e ambientais incentivos que são

¹ Doutora em Educação – UNESP – Campus de Marília-SP, Docente do curso de Pedagogia – Universidade Federal do Tocantins – UFT – Campus Miracema.

² Discente do curso de Pedagogia – Universidade Federal do Tocantins – UFT – Campus Miracema.

IV EDIPE – Encontro Estadual de Didática e Prática de Ensino - 2011

destinados a proporcionar à criança, nos seus primeiros anos de vida, experiências significativas para alcançar pleno desenvolvimento no seu processo evolutivo” (BRASIL, 1995, p.11).

Os termos estimulação ou intervenção precoce tratam-se de todo um trabalho organizado e desenvolvido, com vislumbre de atender a criança de zero a três anos de idade que apresente qualquer sintoma que descaracterize uma normalidade ou ainda aquela criança que tenha sofrido qualquer situação de risco durante sua fase de formação uterina ou durante o nascimento.

O objetivo principal da estimulação precoce é o de dar à criança experiências sensório-motoras de modelos posturais e motores normais, antes que os modelos anormais tenham se fixado, propiciando o desenvolvimento típico e corrigir o anormal das faculdades de sistema nervoso ou órgãos sensoriais receptores e ainda reforçar auto-imagem positiva desde o início de sua vida extra-uterina (LIMA; FONSECA, 2004).

O propósito da intervenção precoce não é de “transformar” em “normais” as crianças com necessidades especiais, mas prevenir, detectar, minimizar, recuperar ou compensar as deficiências e seus efeitos (BRASIL, 1995, p.12).

Quanto aos direitos e deveres, as Diretrizes educacionais sobre estimulação precoce (1995) asseguram que toda criança com deficiência possui direitos e deveres comuns a toda população infantil, respeitadas nas suas diferenças individuais. Assim como, toda criança tem condição de assimilar os benefícios da estimulação que lhe for proporcionada, o nível e o tipo de intervenção dependerão da evolução da criança, os benefícios serão mais efetivos quando o processo for organizado e aplicado de forma gradual.

De acordo com as diferentes prestações de serviço e a infra-estrutura para a realização desses programas, os locais mais indicados para o seu desenvolvimento podem ser: as instituições educacionais para crianças com necessidades especiais; unidades hospitalares para mães de alto risco, para crianças desnutridas; ou as unidades hospitalares pediátricas e ou neonatais; berçários; creches; pré-escolas; postos de saúde; clínicas psicológicas, psicopedagógicas e fonoaudiológicas; clínicas-escola das Instituições de Ensino Superior; centros religiosos, e outros. Assim como, a composição da equipe ideal seria: professor com formação em Psicologia, ou em Pedagogia, ou em Educação Física; psicólogo; fonoaudiólogo; assistente social; terapeuta ocupacional; fisioterapeuta; médico; técnico em eletrônica (BRASIL, 1995).

Assim, toda família que possui criança com necessidades especiais tem direito de receber apoio e orientação específicos. O respaldo legal para esses direitos e deveres

IV EDIPE – Encontro Estadual de Didática e Prática de Ensino - 2011

encontra-se na Constituição da República Federativa do Brasil, especialmente no inciso IV do artigo 208 (BRASIL, 1988). Já a ação pedagógica encontra apoio nos princípios emanados na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB 9394/96), nas Diretrizes Educacionais sobre estimulação precoce (BRASIL, 1995) e na Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da educação inclusiva (BRASIL, 2008).

REFERENCIAL TEÓRICO

No Brasil, não há um modelo de atenção consistente em estimulação precoce e que embase o trabalho dos profissionais e, principalmente dentro de uma modelo de equipe interdisciplinar. Quando é trata de equipe interdisciplinar esta é a mais adequada para a atuação em estimulação precoce, pois há o envolvimento da família de forma efetiva, sendo o grande desafio na atualidade com o trabalho em estimulação precoce (BOLSANELLO, 1998).

A equipe multiprofissional tem o papel de diagnosticar o mais cedo possível alguma alteração que o bebê, por ventura, possa apresentar e, assim, iniciar a intervenção da equipe para favorecer o desenvolvimento neuropsicomotor e cognitivo dentro dos padrões de maturação do sistema nervoso do bebê. Há profissionais que devem estar presentes para que o bom processo de identificação precoce se estabeleça (pediatras, neonatologistas, neoropediatras, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, fisiatras, fisioterapeutas...). Estes profissionais devem estar especializados no campo da intervenção precoce e habituados a intervir em Unidades de Terapia Intensiva e fora dela, inclusive junto à família, que tem um papel imprescindível no processo de detecção e identificação de possíveis distúrbios nos recém-nascidos (LIMA; FONSECA, 2004).

É possível destacar três modelos de equipe multiprofissional: multidisciplinar, interdisciplinar e a transdisciplinar. A primeira, ou seja, na abordagem multidisciplinar, os profissionais atuam isoladamente, sem tomar conhecimento do que os outros membros da equipe estão desenvolvendo, ou seja, atuam de forma fragmentada. Esta dinâmica de trabalho não é a mais recomendada para se aplicar na estimulação precoce, porém, lamentavelmente, esta é a mais praticada nas instituições. A segunda, a abordagem interdisciplinar é aquela em que os profissionais realizam as avaliações individualmente e planejam em conjunto as intervenções. Esta abordagem é a mais adequada, uma vez que, todos da equipe participam do processo de intervenção precoce, todos atuam juntos no mesmo horário, porém se não houver esta possibilidade cada membro da equipe tem pleno conhecimento do que cada profissional está ou estará realizando, ou seja, estão interligados. Vale ressaltar que neste modelo de equipe a família faz parte integrante, até mesmo para as tomadas de decisões frente ao

IV EDIPE – Encontro Estadual de Didática e Prática de Ensino - 2011

desenvolvimento de seu filho. A terceira e última é a abordagem transdisciplinar que não define por área os profissionais atuantes, ou seja, todos os membros da equipe desempenham os mesmos papéis ao mesmo tempo. Esta é uma abordagem ainda muito utópica no contexto da estimulação precoce.

Sabe-se que a presença efetiva de uma equipe multiprofissional não é a situação real de muitos locais de atendimento para a estimulação precoce e que de acordo com Bolsanello (1998) o simples acesso aos atendimentos, mesmo que de forma fragmentada ainda é incipiente e poucos estados brasileiros possuem o programa de estimulação precoce. Há também poucos materiais bibliográficos que apresentem informações sobre programas de estimulação precoce no Brasil.

Na dissertação de mestrado, Ambrozio (2009) apresenta dados sobre a população demográfica de crianças na faixa etária de zero a quatro anos por regiões e estados brasileiros, número de crianças desta faixa etária atendidas em escolas especiais, em classes especiais no ensino regular, em classes comuns com e sem apoio pedagógico especializado no ensino regular. A autora aponta para a precariedade da oferta de atendimentos educacionais especializados, incluindo a estimulação precoce nos estados do norte do país e os estados do sudeste sendo os que mais ofertam atendimentos especializados em escolas especiais e de crianças incluídas na rede regular de ensino, tanto em classes especiais como na sala comum com ou sem apoio especializado. Mas, mesmo na região sudeste, o número de crianças na faixa etária citada e que recebem atendimento especializado ainda é muito pequena e distante do necessário e ideal. Como exemplo de um estado do norte, no qual este estudo foi desenvolvido, o estado do Tocantins apresenta população demográfica de crianças na faixa etária de zero a quatro anos de 3244 crianças, sendo que 267 recebem atendimentos em escolas especiais, 9 em classes especiais da rede regular de ensino, 5 em classes comuns com apoio pedagógico especializado e 13 em classes comuns sem apoio pedagógico (AMBROZIO, 2009).

Portanto, além de um número irrisório de programas de estimulação precoce em todo o Brasil, não há modelo de atendimento a seguir, apesar das Diretrizes curriculares sobre estimulação precoce (1995) fazer alguns apontamentos sobre atendimento de crianças de zero a três anos.

De acordo com Bolsanello (1998) alguns países como, por exemplo, a Espanha tem avançado teoricamente e na adoção de programas de estimulação precoce seguindo o modelo bioecológico do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner.

IV EDIPE – Encontro Estadual de Didática e Prática de Ensino - 2011

O modelo bioecológico de Bronfenbrenner propõe o estudo científico do progresso, da acomodação mútua, ao longo do curso da vida, entre um ser humano ativo em desenvolvimento, e mudanças dos atributos do ambiente no qual a pessoa em desenvolvimento vive, enquanto este processo é afetado pelas relações entre esses ambientes, e por contextos mais amplos nos quais os ambientes estão inseridos (BRONFENBRENNER, 1989).

Desta forma, os processos de interação entre o sujeito e o meio, ou seja, entre o organismo e ambiente são considerados primordiais entendido como “processos proximais” em que acontecem ao longo de determinado período, tempo e engendram os primeiros mecanismos produzidos pelo desenvolvimento humano (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998).

Os processos proximais levam em consideração as características próprias da pessoa em desenvolvimento, o contexto que a pessoa está inserida e o tempo de exposição ao processo proximal e ao ambiente. Assim, a metodologia de pesquisa proposta por Bronfenbrenner (1999) segue ao modelo Processo – Pessoa – Contexto – Tempo (PPCT) em que as características peculiares da pessoa e do ambiente que ela interage são fatores que determinam o seu desenvolvimento.

Neste sentido, o modelo de metodologia proporciona ao pesquisador analisar todas as condições da pessoa em desenvolvimento, a influência do contexto e dos processos de interação em que o desenvolvimento humano é influenciado ao passar do tempo (BRONFENBRENNER; EVANS, 2000).

De acordo com Bronfenbrenner (1994) apud Ambrozio (2009) para a compreensão do desenvolvimento da criança na primeira infância é imprescindível o estudo de todos os contextos que ela está inserida. Também se leva em consideração outros fatores denominados de intervenientes no desenvolvimento, como, por exemplo, as características próprias de cada criança e o período de tempo que a criança fica exposta a um processo proximal para seu desenvolvimento.

Assim, o modelo Bioecológico de Bronfenbrenner serve de base teórica para sustentar o Modelo Integral dos programas de estimulação precoce (GARCIA SANCHEZ, 2001 apud AMBROZIO, 2009) em que o enfoque da proposta está na articulação entre a intervenção dos profissionais que atuam na estimulação precoce, os suportes de apoio familiar, a própria família com a criança e a intersecção entre os serviços de saúde e educação.

O Modelo Integral para os programas de estimulação precoce propõe a interação sócio educativa da criança e preconiza a integração nos diferentes contextos que ela está inserida

IV EDIPE – Encontro Estadual de Didática e Prática de Ensino - 2011

com, por exemplo, com a família, escola, igreja e todos os outros meios sociais almejados e vividos pela família e criança.

Desta forma, fica evidente a importância da família neste Modelo Integral e que os pais devem ser sempre aliados e líderes na decisão final do tratamento, bem como o trabalho em equipe para ajustar as expectativas da família em relação ao desenvolvimento da criança. Os profissionais devem priorizar o compromisso dos pais com o tratamento para que os cuidados diários com a criança potencializem o seu processo proximal e a relação de afeto entre pais e filhos deve ser resguardada, sem que assumam o papel de pais terapeutas.

As diretrizes educacionais sobre estimulação precoce (1995) declara que:

...toda família que possui criança com necessidades especiais tem direito a receber apoio e orientações específicos face à problemática que decorre de tal condição, além de ter o dever de participar do processo de estimulação, assumindo o papel que lhe cabe (BRASIL, 1995, p.16).

A situação vivida pela família que tem um dos seus membros com necessidades especiais é muito complexa, a começar pela aceitação deste filho e as possibilidades de tratamento disponíveis pelo país, que ainda é inexpressiva segundo dados apresentados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2001). E a situação se agrava quando se trata de pessoas de baixa renda, devido à falta de acesso ao conhecimento, tempo para se dedicar ao filho e condições financeiras para acompanhar seu filho. Porém, é de fundamental importância a participação da família tanto para adquirir um saber específico, como para promover qualidade de vida a este filho.

A família carece de muita orientação dos profissionais que integram a equipe da estimulação precoce, principalmente no que se refere à sua participação e função no tratamento, quando muitas vezes os pais assumem o papel de técnico e deixam de ser pais, de criar ou firmar os laços afetivos, que são de suma importância para a evolução do desenvolvimento integral da criança com necessidades especiais.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa tem como princípio metodológico o estudo de caso, uma vez que tem como propósito investigar uma realidade específica em situação natural com plano aberto e flexível e, também, analisar a realidade de forma complexa e contextualizada (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

Assim, o objeto de investigação para o estudo de caso foi um programa de estimulação precoce de uma cidade do interior do Tocantins que funciona em uma escola especial. A

IV EDIPE – Encontro Estadual de Didática e Prática de Ensino - 2011

coleta de dados aconteceu na própria sala de estimulação precoce e também consulta em prontuário das crianças atendidas.

O participante da pesquisa foi uma das professoras responsáveis pelo trabalho pedagógico na sala de estimulação precoce. Vale ressaltar que a sala de estimulação precoce onde aconteceu a coleta de dados funciona no período da manhã, das oito as onze horas e tem duas professoras que atuam no mesmo horário. Além disso, as mães das crianças também acompanham os filhos e permanecem na sala durante as atividades desenvolvidas pelas professoras.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi a entrevista semi estruturada que de acordo com Manzini (2004) apud Belei et al. (2008) é estabelecido por meio de um roteiro de perguntas pré estabelecido e composto por questões abertas. Assim, para este estudo foram feitos questionamentos para a participante sobre o funcionamento da sala de estimulação precoce, profissionais que atuam junto aos professores, formação geral e específica da participante, rotina de trabalho e participação da família junto ao trabalho com os filhos matriculados na sala de estimulação precoce.

Também houve análise das informações em prontuário das crianças na busca de dados como data de nascimento, data de inserção da criança na sala, diagnóstico médico e informações acerca dos atendimentos que a criança recebe na instituição. Essas informações têm o objetivo de caracterizar as crianças atendidas, bem como verificar o trabalho em equipe com as crianças atendidas na estimulação precoce.

O relato de fala da participante foi gravado e transcrito após coleta de dados. A análise foi categorizada em classes de acordo com a análise de conteúdo de Bardin (2002).

Segundo Bardin (1977), a análise de conteúdo pode ser entendida como:

...um conjunto de técnicas de análise das comunicações 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 (variáveis inferidas) destas mensagens (Bardin, 2002, p.42).

A coleta de dados ocorreu no mês de março de 2011 após contato inicial com a coordenadora pedagógica e após consentimento da professora da sala de estimulação precoce, participante deste estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Resultados e discussão da entrevista:

Por meio da entrevista foi possível categorizar o relato de fala da participante em cinco classes, sendo: funcionamento da sala, formação geral e específica, recursos humanos no atendimento às crianças, rotina de trabalho e participação da família.

A primeira classe refere-se ao **funcionamento da sala de estimulação precoce** – De acordo com a participante a sala de estimulação precoce funciona na instituição desde sua criação no ano de 1992. Portanto, há dezenove anos funciona nesta escola especial o serviço de estimulação precoce. Mas, há três anos este atendimento foi sistematizado devido a um programa do Ministério da Saúde em parceria com o SUS e com a escola especial que será abordado na terceira classe analisada deste estudo.

A sala de estimulação precoce funciona de segunda a sexta-feira das oito as onze horas da manhã. Há matrícula de doze crianças, mas de acordo com a professora a média de frequência diária é de oito crianças. Vale ressaltar no que dia da coleta de dados havia quatro crianças freqüentando a sala de estimulação precoce.

O encaminhamento das crianças para o atendimento na sala de estimulação precoce é feito pelo médico neurologista e também pelos profissionais da área da saúde, principalmente pela assistente social e pela psicóloga.

A segunda classe a ser destacada compreende a **formação geral e específica da participante**. A professora, participante deste estudo, é formada por um curso de EaD (Educação à Distância) em Normal Superior há seis anos. Não realizou nenhum curso de formação específica como, por exemplo, especialização ou cursos complementar para trabalhar com estimulação precoce e realiza o trabalho nesta sala há dois anos.

A participante mencionou que recebe formação dos profissionais da equipe de saúde da própria instituição e que neste ano de 2011 aconteceram três encontros de “capacitação” das professoras com o trabalho na estimulação precoce.

As profissionais que orientam a gente. ...mais profunda as orientações, a gente busca com os profissionais (relatos de fala da participante).

É possível observar que há uma valorização dos profissionais da saúde em relação à participante, ou seja, a professora não se coloca como integrante ativa da equipe e encontra-se em segundo plano no trabalho com as crianças.

É possível inferir que esta situação deve ao fato de que a professora não se sente segura com seu trabalho, uma vez que falta uma formação mais consistente com as questões

IV EDIPE – Encontro Estadual de Didática e Prática de Ensino - 2011

que envolve o pedagógico, desde o planejamento, avaliação e acompanhamento das ações que devem ser desenvolvidas com a criança em atendimento na sala de estimulação precoce.

A terceira classe analisada envolve os **recursos humanos no atendimento às crianças**, ou seja, os profissionais que atuam junto às crianças atendidas na sala de estimulação precoce. Vale ressaltar que há três anos foi implantado o Programa do Ministério da Saúde em parceria (convênio com o SUS) com a escola especial denominado BPA (Boletim de Produção Ambulatorial)/SUS e que as crianças da escola especial são atendidas por uma equipe multidisciplinar composta de assistente social, psicóloga, fisioterapeuta, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional e médico neurologista. Assim foi possível observar que nos prontuários ficam as informações desta equipe como, as avaliações e evoluções dos atendimentos com as crianças, bem como os laudos médicos e as informações dos retornos com o médico neurologista a cada quatro meses.

A participante deste estudo relata que os profissionais da equipe atendem as crianças com dias e horários específicos retirando-as da sala de estimulação precoce e realizando o atendimento individualizado. O atendimento individualizado pelos profissionais da saúde tem a duração de trinta a quarenta minutos e em torno de duas vezes por semana para cada criança.

Ao ser questionada se os profissionais da saúde também participavam das atividades na sala de estimulação precoce, a participante relatou que sim, mas quando foi solicitada que ela descrevesse como era a participação dos profissionais ela disse:

Eles vêm e observam as crianças, ficam olhando, analisando a criança para eles depois trabalhar com elas e também orientar a gente (relato da participante).

Assim, novamente a professora enaltece o trabalho realizado pelas profissionais da saúde em detrimento do seu trabalho e das atividades que são realizadas na sala de estimulação precoce.

A quarta classe refere-se à **rotina de trabalho** da professora em relação às atividades desenvolvidas na sala de estimulação precoce. A participante faz o seguinte relato:

A rotina de trabalho é a socialização com a criança, saber o nome dos coleguinhas, atividades iniciais, coordenação motora, como pegar no lápis, material que trabalha, coloca a criança na bola, no rolo, trabalho a fisio, dá brinquedo, cores, início da alfabetização com letras vogais (relato da participante).

Quando questionada sobre o trabalho da “fisio”, a participante indica que a fisioterapeuta a ensinou a trabalhar com a criança, mas a participante não consegue relatar objetivos pedagógicos com as atividades desenvolvidas quando inseridos materiais como bola

IV EDIPE – Encontro Estadual de Didática e Prática de Ensino - 2011

e rolo que são materiais utilizados pela fisioterapeuta, mas não de uso exclusivo e, portanto, poderiam ter objetivos pedagógicos.

Outro fato a ser destacado é que com o relato parece que a professora não estabelece com clareza os objetivos pedagógicos e um planejamento didático das suas ações. As atividades parecem estar desconectadas da realidade das crianças, atividades soltas sem uma contextualização e sentido para as crianças.

Ainda no relato da participante é possível observar algumas ações com o cuidado das crianças como, por exemplo, a participação na hora do lanche e também a pouca valorização que é dada às potencialidades das crianças para o aprendizado:

Acompanho o lanche, incentivo a comer só porque deve persistir deve repetir, mas não tem muito avanço...muito bebês. A gente não tem que avançar assim...o desenvolvimento é lento, mas tem que ser assim mesmo (relato da participante).

Assim fica evidente com o relato o descrédito em relação às competências da criança e, também a participante não tem claro qual seria o principal objetivo da estimulação precoce. De acordo com Lima e Fonseca (2004) a estimulação precoce é destinada ao atendimento de bebês de risco ou com alguma deficiência, seja física, sensorial ou intelectual a fim de intervir para minimizar, prevenir e tratar déficits neuropsicomotores e cognitivos com a intenção de desenvolver a funcionalidade ocupacional nas várias fases da infância.

É importante frisar que esta funcionalidade ocupacional é fundamental para o planejamento das ações pedagógicas na estimulação precoce, ou seja, as reais necessidades da criança como, por exemplo, por meio do brincar, desenvolver as áreas motoras e sensoriais como visual, auditiva, olfativa, tátil, cinestésica e proprioceptiva num sentido lógico da maturação do sistema nervoso.

Assim, o Modelo Integral nos programas de estimulação precoce visa a integração entre a criança nos vários ambientes que ela encontra-se inserida com o objetivo de potencializar seu desenvolvimento global e aperfeiçoar suas relações (GARCIA SANCHEZ, 2001 apud AMBROZIO, 2009). Deste fato revela que, infelizmente, este modelo ainda não é aplicado à realidade pesquisada neste estudo.

A quinta e última classe compreende a **participação da família** no programa de estimulação precoce. A participante relata a importância da participação da família durante as atividades, mas esta participação destina-se mais em relação aos cuidados com a criança do que com ações pedagógicas, ou seja, com ajuda em cuidar da criança:

A mãe vem para continuar cuidando a criança, levar para o refeitório, levar para o banheiro, porque ...que nem a R. (criança acompanhada da mãe) ela não anda, então a gente tem que levar no colo...é mais delicado, então a mãe vem para ajudar (relato da participante).

IV EDIPE – Encontro Estadual de Didática e Prática de Ensino - 2011

Com o relato fica evidente a participação da mãe para os cuidados de assistência para com o filho. No momento da coleta, haviam quatro crianças sendo atendidas e apenas duas mães participando. Assim, foi questionado junto à participante se todas as mães compareciam e acompanhavam os filhos na sala de estimulação precoce. A resposta, mais uma vez, reforça o objetivo da participação das mães, ou seja, somente para o cuidar daquelas que são mais dependentes:

Não, nem todas as mães participam, porque como a A. (criança sem a presença da mãe) ela faz tudo sozinha, anda sozinha, come sozinha, então não precisa da mãe. Mas as crianças que são dependência total, levar no colo para todos os locais, a gente sozinha não consegue e aí as mães ajudam (relato da participante).

No trabalho com estimulação precoce o papel da família é primordial até mesmo para tomada de decisões, ou seja, a família deve fazer parte integrante da equipe para que o sucesso das intervenções e o desenvolvimento integral da criança sejam alcançados.

Outro fato a ser destacado é em relação à orientação para as famílias, especificamente para as mães das crianças. Foi feito o questionamento para a participante se ela realizava algum tipo de orientação para as mães das crianças. Ela respondeu que sim, mas não especificou que tipo de orientação ela fazia e afirmou:

Sim...falo para as mães ter paciência, não gritar com os filhos...mas o trabalho específico é dos profissionais...eles passam as informações, convoca as mães para acompanhar o atendimento dos filhos (relato da participante).

Novamente a professora, participante deste estudo, enaltece os profissionais da equipe de saúde, pois relata que estes são mais aptos a orientar a família das crianças. Mas, as Diretrizes educacionais sobre estimulação precoce (1995) indica que é dever da família participar do programa de estimulação de seu filho e assumir papel ativo frente ao processo. Fica evidente que a equipe multiprofissional é a grande responsável em direcionar a ação da família, uma vez que a própria deva fazer parte integrante da equipe.

Resultados e discussão das informações em prontuário das crianças:

Como mencionado anteriormente, na primeira classe referente ao funcionamento da sala de estimulação precoce, a participante nos informou que havia doze crianças matriculadas na estimulação precoce, mas apenas nove prontuários foram disponibilizados e analisados.

O local onde se encontram os prontuários é em arquivo específico e em sala do setor da saúde. Assim, as informações disponibilizadas referem-se às fornecidas pelos profissionais da área da saúde, sendo as avaliações e evoluções dos atendimentos com as crianças pela assistente social, psicóloga, fonoaudióloga, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional bem como

IV EDIPE – Encontro Estadual de Didática e Prática de Ensino - 2011

os laudos médicos e as informações dos retornos com o médico neurologista a cada quatro meses. Não há o registro das atividades realizadas pelas professoras, o que demonstra falta de integração da equipe da saúde com as professoras e, assim, falta aliar os serviços de saúde e educação o que seria imprescindível no Modelo Integral dos programas de estimulação precoce como afirma Garcia Sanches (2001) apud Ambrozio (2009).

Também foi possível observar nas evoluções realizadas pelas profissionais da saúde que a maioria dos atendimentos acontece de forma individualizada e não há o registro detalhado das atividades desenvolvidas por essas profissionais e das respostas da criança frente à intervenção. Como a participante afirmou em seu relato de fala categorizado na terceira classe sobre os recursos humanos no atendimento às crianças de que há momentos em que as profissionais da saúde realizam algumas atividades de caráter exploratório na sala de estimulação precoce, foi possível confirmar tal informação, mas esses atendimentos acontecem de forma esporádica e realizado mais vezes pela psicóloga da equipe de saúde.

Em relação ao diagnóstico clínico, a maioria das crianças recebe o diagnóstico de Transtorno Específico Misto do Desenvolvimento (F83). Das nove crianças, apenas duas não receberam tal diagnóstico, sendo uma com diagnóstico clínico de Mielomeningocele que se trata de uma mal formação congênita com o não fechamento do tubo neural e a protrusão da medula espinha e a outra criança com diagnóstico de Retardo Mental (F 72), indicando um sério comprometimento da criança no desenvolvimento neuropsicomotor. Alguns laudos também especificam outras condições de saúde como, por exemplo, a presença de crises convulsivas, Síndrome de Down, anoxia perinatal, microcefalia e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.

É possível indagar que os laudos médico com o diagnóstico clínico e os atendimentos pela equipe de saúde são importantes e fazem parte do trabalho de estimulação precoce, mas como afirma Guralnick (2008) apud Ambrozio (2009) para que o desenvolvimento infantil aconteça de forma integral, deve acontecer o acompanhamento e monitoramento constante que extrapola as dependências dos centros de estimulação precoce, ou seja, deve ser uma preocupação social constante em todos os ambientes vivenciados pela criança, principalmente àqueles naturais.

A média de idade das crianças atendidas na sala de estimulação precoce é de quatro anos e seis meses. Esta média a mais alta do que preconiza as Diretrizes Educacionais sobre estimulação precoce (1995) indicando que o atendimento é para crianças na faixa etária de zero a três anos de idade. Isto se deve ao fato de que três crianças não deveriam receber o atendimento na sala de estimulação precoce, pois extrapolam em idade, sendo uma com onze

IV EDIPE – Encontro Estadual de Didática e Prática de Ensino - 2011

anos com comprometimento grave, considerada com Paralisia cerebral do tipo tetraparética, a segunda criança com oito anos que, segundo informações em prontuário, adquiriu a marcha independente com seis anos e a última criança com seis anos, com diagnóstico de Síndrome de Down e que deveria estar incluída em sala comum com acompanhamento de professor especializado na sala multifuncional.

Portanto, há uma disparidade entre as crianças em relação à faixa etária, o que pode dificultar para o professor buscar fontes de interesse coletivo no planejamento das atividades a serem desenvolvidas na sala de estimulação precoce.

Outro fato importante é a idade das crianças quando no início do atendimento na estimulação precoce. A média de idade foi de 17,5 meses, ou seja, um ano e quatro meses. Vale ressaltar que a média extrapolou devido a uma criança iniciar na estimulação precoce quando tinha seis anos.

Esta média foi considerada alta, uma vez que diagnosticado alguma intercorrência, seja na gestação, seja no parto, a criança deveria ser acompanhada por uma equipe de estimulação precoce para prevenir possíveis atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor. Por isso, o termo precoce não designa acelerar o desenvolvimento, mas propiciar o mesmo dentro dos padrões de maturação do sistema nervoso da criança dependendo de sua idade cronológica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de toda a estrutura de legalização da estimulação precoce, principalmente o estabelecido nas Diretrizes Educacionais (1995), a realidade do Brasil está muito aquém de amparar e atender a demanda da sua população que necessita dos serviços de estimulação precoce. Mais uma situação vivida pela sociedade brasileira em que a teoria encontra-se dissociada da prática. A começar pela quantidade reduzida de estados que possuem o programa de estimulação precoce, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2001). Há quantidade considerada de crianças com necessidades especiais sem acesso a qualquer que seja o programa de estimulação precoce.

Outro problema a ser considerado é a forma de atuação dos profissionais, ainda demandam de uma prática fragmentada e multidisciplinar, ou seja, cada um agindo isoladamente. Outro dado bastante comprometedor é o da supervalorização dos profissionais da saúde e desvalorização daqueles da área da educação, a começar pela formação e capacitação profissional desse educador e sua atuação, bem como a não participação da família como participante efetivo da equipe.

IV EDIPE – Encontro Estadual de Didática e Prática de Ensino - 2011

Assim, foi possível constatar, como em outras realidades brasileiras que não há um Modelo Integral com sustentação teórica para o trabalho em estimulação precoce que integre a saúde e educação, sendo a primeira mais valorizada em detrimento da segunda.

REFERÊNCIAS

- AMBROZIO, C. R. **Participação de mães na avaliação do desempenho do bebê com Síndrome de Down, realizada pelo psicólogo, na estimulação precoce.** 154 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Setor de Educação da Universidade federal do Paraná, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 70. ed. Lisboa: Casagraf - artes gráficas Unipessoal, 2002.
- BELEI, R. A. et al. O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. **Cadernos de Educação /FAE/PPGE/UFPel.** Pelotas-RJ, n. 30, p. 187-199, jan.-jun., 2008.
- BOLSANELLO, M. A. **Interação mãe-filho portador de deficiência: concepções e modo de atuação dos profissionais em estimulação precoce.** 156 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.
- BRASIL. **Diretrizes educacionais sobre estimulação precoce.** Secretaria de Educação Especial. Brasília: MEC, SEESP, 1995.
- _____. **A Constituição da República Federativa do Brasil.** 1988. Disponível em: << http://www.trt02.gov.br/geral/Tribunal2/Legis/CF88/CF88_Ind.html>>. Acesso em: 24 fev. 2009.
- _____. **Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei n. 9394/96.** Ministério da Educação, Brasília-DF: MEC, 1996.
- _____. Secretaria da Educação Especial. **Política nacional de educação especial na perspectiva da educação inclusiva,** Brasília: MEC/SEESP, 2008.
- BRONFENBRENNER, U. Ecological systems theory. In: VASTA, R. **Six theories of child development: revised formulations and current issues.** London: Jessica Kingley, 1989. p. 187 – 249.
- _____. Environments in developmental perspective: theoretical and operational models. In: FRIEDMAN, S.L.; WACKS, T. D. (Ed.) **Measuring environment across the life span – emerging methods and concepts.** Washington D. C: American Psychological Association, 1999. p. 3-30.

IV EDIPE – Encontro Estadual de Didática e Prática de Ensino - 2011

BRONFENBRENNER, U.; EVANS, G. Developmental Science in the 21st century: Emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings. **Social development**, n.9, v.1, p. 115 – 125, 2000.

BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. A. The ecology of developmental processes. In: DAMON, W.; LERNER R. M (Ed.). **Handbook of child psychology: Theoretical models of human development**. New York: J. Wiley, 1998. p. 993-1028.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Censo demográfico 2000**. Rio de Janeiro, IBGE: 2001.

LIMA, C.L.F., FONSECA, L.F. Estimulação Precoce. In: _____. **Paralisia Cerebral: neurologia, ortopedia, reabilitação**. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 2004. p. 143-165.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. Abordagens qualitativas de pesquisa: a pesquisa etnográfica e o estudo de caso. In: _____. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986, p. 11- 24.