

Práticas de Educação Inclusiva

Aprender a incluir a criança com paralisia cerebral e sem comunicação verbal no jardim de infância

Amélia Santos¹

Isabel Sanches²

INTRODUÇÃO

As mudanças ocorridas durante o séc. XX na sociedade em geral tiveram reflexos profundos na Escola e nas respectivas práticas pedagógicas. A par destas mudanças, a educação de crianças com deficiência em Portugal foi evoluindo, passando por diferentes perspectivas e diferentes metodologias de intervenção. Em Julho de 1997, o Ministério da Educação, através do Despacho nº 105/97, de 01 de Julho, preconiza um modelo de intervenção educativa para crianças com necessidades educativas especiais, que pretende introduzir uma mudança significativa no âmbito do apoio a estas crianças, centrando na escola um conjunto de intervenções promotoras do sucesso educativo de todas as crianças. Esta filosofia de intervenção surge a partir da Declaração de Salamanca (1994) ao afirmar:

As crianças e jovens com necessidades educativas especiais, devem ter acesso às escolas regulares que a elas se devem adequar, através de uma pedagogia centrada na criança capaz de ir ao encontro destas necessidades. As escolas regulares, ao seguirem esta orientação inclusiva, constituem os meios mais capazes para combater as atitudes discriminatórias criando, comunidades abertas e solidárias, construindo uma sociedade inclusiva e atingindo a educação para todos (pág. 6)

Nesta perspectiva caberá à escola educar todos com qualidade e sem discriminação, encarando a diferença não como sendo uma categoria em que se podem agrupar apenas alguns, mas um factor comum a todos. Assim sendo, ela poderá ser uma característica comum a todas as pessoas, que a têm em menor ou maior grau, o que implica que as escolas ultrapassem o “mito da homogeneidade”, como refere Perrenoud, citado por Niza (1999), e reconheçam a diferença como uma característica enriquecedora da espécie humana, talvez a mais interessante e dinâmica.

Nos últimos anos a educação pré-escolar, tem vindo a assumir cada vez mais um papel importante, no sucesso educativo, escolar e pessoal das crianças. O alargamento da rede pré-escolar e a intenção do governo de que o acesso ao ensino pré-escolar atinja níveis europeus, veio consolidar a educação pré-escolar como a primeira etapa da educação básica, em que se pretende que as crianças desenvolvam competências e destrezas, aprendam regras e valores, promovendo-se assim atitudes úteis para a vida futura quer como aluno quer como cidadão.

¹ Educadora Especializada em Educação Especial

² Docente da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias;
Co-coordenadora dos cursos de Pós-Graduação e Formação Especializada em Educação Especial.
isabel.sanches@oninetspeed.pt

Assim, o Jardim de infância regular, será o primeiro nível do sistema educativo, a confrontar-se com a integração de alunos com necessidades educativas especiais, o que implica por parte do sistema educativo, do Jardim de infância e especificamente do educador, estratégias diversificadas e inovadoras na procura de respostas adequadas às necessidades desses alunos. Só assim será possível atender às características individuais de cada criança, às suas necessidades educativas específicas, proporcionando as condições necessárias ao seu desenvolvimento pessoal e social e ao sucesso educativo.

A intervenção junto de crianças com necessidades educativas especiais pressupõe um trabalho de equipa entre os diversos parceiros envolvidos, assegurando a cada criança as melhores e mais facilitadoras condições de desenvolvimento numa intervenção dirigida à criança, aos pais, ao grupo, e aos educadores envolvidos no processo.

O projecto de intervenção que a seguir se apresenta tenta dar conta, de uma forma breve, do trabalho que se realizou com uma criança em situação de paralisia cerebral e sem comunicação verbal no jardim de infância, utilizando a metodologia da investigação-acção, numa perspectiva de educação inclusiva.

1. A criança com Paralisia Cerebral

O termo Paralisia Cerebral tem sido usado para designar um conjunto de perturbações que têm em comum a existência de uma disfunção motora, originada por uma lesão encefálica, ocorrida no período pré-natal, peri-natal ou pós-natal.

Cahuzac (1985) define Paralisia Cerebral como uma desordem permanente e não imutável da postura e do movimento, devida a uma disfunção do cérebro antes que o seu crescimento e desenvolvimentos estejam completos.

A Paralisia Cerebral é uma desordem permanente, mas não evolutiva, em que a perturbação motora é a predominante, podendo não estar afectada a função intelectual. Pode ocorrer durante todo o período de desenvolvimento cerebral, e em muitos casos a etiologia é desconhecida. A primeira descrição de Paralisia Cerebral data de 1843 e foi feita pelo Dr. Little. O termo tem sido algumas vezes posto em causa porque traduz a ideia de ausência de função motora e intelectual, o que na realidade não acontece. Segundo Andrada (1997), numa reunião científica realizada em Brioni com representantes da International Cerebral Palsy Society, World Health Organization e International Child Neurology Society, considerou-se que apesar de estudos neurofisiológicos recentes revelarem que o termo Paralisia Cerebral englobava uma grande heterogeneidade de situações clínicas, deveria continuar a ser utilizado para referir situações clínicas que possam divergir nos aspectos clínico e etiológico mas com factores comuns a nível da reabilitação e da intervenção.

1.1. Etiologia e incidência da Paralisia Cerebral

A etiologia da Paralisia Cerebral é múltipla. As causas que originam uma lesão do sistema nervoso central nem sempre são fáceis de identificar, no entanto o seu conhecimento reveste-se da maior importância em termos de prevenção e intervenção. Basil (1995) refere que a lesão pode

ocorrer em três momentos da vida do indivíduo e que pode ser devido a causas pré-natais, peri-natais ou pós-natais.

Entre as causas pré-natais salientam-se:

a) Doença infecciosa da mãe , em que se destacam as causadas por vírus (rubéola, sarampo, sífilis, o herpes) que dão origem a malformações cerebrais, cardíacas, auditiva, oculares, quando contraídas nos primeiros três meses de gravidez. Durante a gravidez podem ainda ocorrer intoxicações (produtos tóxicos ou medicamentos), exposição a radiações, ou doenças como a meningite ou toxoplasmose, que muitas vezes não provocam a morte do feto mas dão origem a sequelas.

b) Anóxias que são provocadas por dificuldades de oxigenação do feto, devido a insuficiência cardíaca da mãe, hipertensão, anemia, circulação sanguínea deficiente, incapacidade dos tecidos do feto em captar oxigénio.

c) Doenças metabólicas congénitas, como a galactosemia e a fenilcetonúria, que se manifestam quando a criança começa a ingerir alimentos que não consegue metabolizar, começando a existir a acumulação de substâncias tóxicas no cérebro, ocorrendo lesão.

d) Incompatibilidade no factor Rh, nos casos em que crianças Rh positivas são filhas de mães Rh negativas, que já tiveram um contacto com sangue Rh positivo em que existe uma destruição dos glóbulos vermelhos da criança, provocando como consequência um excesso de bilirrubina que vai danificar as células do cérebro.

Consideram-se como causas peri-natais as que podem decorrer de situações de anoxia (insuficiência de oxigénio nos tecidos) ou asfixia relacionadas com obstrução do cordão umbilical, ou pela administração de anestesia de forma inadequada, partos prolongados ou situações de placenta prévia. Os traumatismos de parto, embora tenham vindo a diminuir pelo aperfeiçoamento das técnicas, têm importância considerável. A prematuridade do feto ou a hipertermaturação podem também estar na origem de lesões.

As causas pós-natais ocorrem nos primeiros três anos de vida em que o sistema nervoso se encontra em desenvolvimento e podem ser provocadas por meningite, ou encefalite, traumatismos crânio encefálicos, problemas metabólicos, acidentes anestésicos, intoxicações , desidratações.

Segundo Andrada (1997) a incidência de Paralisia Cerebral é mais elevada nos países em desenvolvimento devido às carências em cuidados peri-natais, sendo de referir que Heinsleigh, Fainstat e Spencer,(1986, citado em Andrada 1997) apontam que nos países industrializados a incidência de paralisia cerebral é de 1,5-2,5/1000 nados vivos.

Os estudos de Hagberg, Hagber e Olow (1982, citados em Andrada 1997) mostraram que com a melhoria dos cuidados perinatais se verificou uma baixa do número de casos de Paralisia Cerebral por anóxia e icterícia neonatal. Tendo aumentado o número de sequelas de pré-termo. Por outro lado verificou-se um aumento no número de casos de Paralisia Cerebral nas últimas décadas. Brushan, Paneth e Kiely (1993, citados em Andrada 1997) atribuem esta situação ao nascimento de crianças com muito baixo peso e que conseguiram sobreviver, devido à melhoria dos cuidados de saúde peri-natais.

Levene, Lowling, Graham, Fogelman, Galton, Philips, (1992, citado em Andrada 1997) apontam o baixo peso ao nascer como a causa mais facilmente identificável de paralisia cerebral, com tendência a aumentar de importância.

Sendo que as lesões do sistema nervoso poderão ter origem em múltiplos factores, e existindo uma vulnerabilidade do feto aos factores de risco na gravidez e parto, é importante actuar ao nível dos cuidados de saúde na gravidez evitando as causas de nascimento pré-termo, e simultaneamente o aparecimento de lesões no recém nascido de pré-termo. É de considerar a existência de factores pré-natais desfavoráveis que influenciam quer o aparecimento de lesões quer a prematuridade.

Andrada (1997) refere que graças ao avanço de técnicas de diagnóstico é possível reconhecer um grande número de anomalias cerebrais que podem ser genéticas ou esporádicas devido a factores ambientais durante a gravidez, e que muitos casos de Paralisia Cerebral têm origem em malformações cerebrais, sendo de considerar a hipótese de etiologia genética.

Estudos realizados em Portugal pelo Centro de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian através de dados estatísticos recolhidos nas consultas efectuadas no centro referidos por Andrada (1997), tem-se verificado uma baixa progressiva da anóxia na etiologia da Paralisia Cerebral que é em 1995 de 12%, e um aumento da incidência da prematuridade como etiologia da Paralisia Cerebral.

1.2 .Caracterização da Paralisia Cerebral

A lesão causadora de Paralisia Cerebral não é progressiva, mas o facto de afectar o sistema nervoso em desenvolvimento vai dar origem a um conjunto complexo de sinais e sintomas, que vão tornar difícil o diagnóstico.

As formas de Paralisia Cerebral apresentam uma grande diversidade de perturbações neuromotoras, cuja classificação proposta por Hagberg et al (1975 citado em Andrada) é a que reúne maior consenso e a que é adoptada pelos centros de paralisia cerebral do nosso país. A Paralisia Cerebral quanto aos efeitos funcionais é classificada de tipo espástico, disquinésia-atetose, ataxia. Andrada (1997) refere que se pode considerar ainda uma forma rara de paralisia cerebral hipotónica ou atónica que é referida por alguns autores.

Basil (1995), descreve que a espasticidade consiste num aumento do tónus muscular, como consequência de uma lesão no feixe piramidal. As contracções musculares podem ser de dois tipos : a) ocorrendo em repouso, b) ocorrendo quando a criança faz um esforço, se emociona ou se surpreende. A criança ao tentar flexionar uma parte do corpo não o pode fazer sem flexionar todo o corpo o que vai interferir na execução da tarefa. Nas crianças que apresentam este tipo de paralisia, quando seguras pelas axilas ou quando tentam caminhar, os membros inferiores encontram-se em extensão, os pés em ponta e pernas cruzadas em tesoura, os membros superiores apresentam, hipertonia, o braço em rotação interna, cotovelo semi-flexionado, o polegar unido à palma da mão. Existem alterações a nível da expressão facial, ocorrendo por vezes ausência de linguagem oral.

A atetose caracteriza-se pela dificuldade em controlar e em coordenar os movimentos. Os movimentos são espasmódicos e incontrolados, ocorrendo a nível dos membros da cabeça, músculos da respiração e deglutição. Estes movimentos podem ser atenuados pelo repouso, sonolência e determinadas posturas, verificando-se o seu aumento em momentos de excitação,

insegurança e posição de pé. Estes indivíduos apresentam um tónus muscular que varia entre o hipertónico e hipotónico.

Cahuzac (1985) define ataxia como uma perturbação da coordenação e da estática. Observando-se instabilidade do equilíbrio, mau controle da cabeça, do tronco e dos membros. Basil (1995) refere ser um síndrome cerebelar, em que existe dificuldade em medir a força, a distância e a direcção dos movimentos, que costumam ser lentos e torpes, desviando-se com facilidade do objectivo pretendido. Existe instabilidade no controle do tronco o que vai provocar dificuldade em coordenar os movimentos dos braços e como consequência dificultar o caminhar que se apresenta inseguro, rígido e com quedas frequentes.

A Paralisia Cerebral é ainda referida quanto à topografia corporal em paraplegia, tetraplegia, monoplegia, diplegia, triplegia.

Em relação à topografia corporal, Basil (1995) refere que a paraplegia se refere a situações em que estão comprometidos os dois membros inferiores; a tetraplegia em que há compromisso dos membros inferiores e superiores, a monoplegia em que existe o comprometimento de uma extremidade; a diplegia refere-se a situações em que existe maior comprometimento dos membros inferiores que superiores; a triplegia são situações de comprometimento de três membros, a hemiplegia o comprometimento da parte direita ou esquerda do corpo.

Basil (1995) chama a atenção para o facto de que raramente encontramos uma criança que apresente uma tipologia pura, mas antes quadros mistos.

Os diferentes tipos clínicos referidos têm intervenções diferentes, e cada criança é por si um ser individual com características muito próprias, com graus de deficiência e incapacidades diferentes, o que exige uma avaliação individualizada.

1.3. Perturbações no desenvolvimento da criança com Paralisia Cerebral

As crianças com Paralisia Cerebral, apresentam com frequência alterações no seu desenvolvimento, devido a deficiências associadas, ou ao facto do seu comprometimento motor impedir a realização de actividades motoras, como sejam, manipular, gatinhar, andar, falar, escrever, que estão dependentes da capacidade de efectuar determinados movimentos. A disfunção motora impede a criança de efectuar experiências e de provocar efeitos no ambiente de modo a produzirem respostas consistentes que a ajudem a estruturar o pensamento.

Assim, determinadas fases do desenvolvimento vão emergir mais tarde, ou podem até não vir a surgir o que afecta a evolução do desenvolvimento.

1.3.1. Desenvolvimento motor e linguagem

Segundo Bobath e Bobath (1976,1987, citado em Basil 1995), a lesão cerebral vai afectar o desenvolvimento psicomotor da criança, pela interferência na maturação normal do cérebro e pelas alterações no desenvolvimento devido à permanência de esquemas anormais de atitudes e movimentos, pela persistência de reflexos primitivos que a criança é incapaz de inibir. A área da linguagem está quase sempre afectada na criança com Paralisia Cerebral, estando afectadas as formas de expressão como a mímica e o gesto, que precisam da coordenação de movimentos

finos para se efectuarem, e a expressão oral. A limitação ou impedimento da expressão oral vai impedir que os pais e educadores estabeleçam com a criança um processo interactivo, em que se fornecem modelos e onde a criança não intervém apenas aprendendo, mas através das suas respostas mantém os pais activos num processo de estimulação. Quando existem obstáculos a este processo, gera-se um sentimento de incompetência e de fracasso em ambas as partes, visto nenhuma conseguir responder às necessidades da outra.

Basil (1995) refere que a lesão cerebral afecta quase sempre os órgãos da fala, devido a uma perturbação mais ou menos grave no controle dos órgãos motores bucofonatórios, que podem afectar o acto de falar ou até impedi-lo por completo. Esta dificuldade pode também manifestar-se a nível da mastigação, deglutição, controle da saliva ou respiração. Estes problemas a nível da linguagem expressiva não impedem a compreensão da linguagem, que em alguns casos não se encontra afectada. Contudo, se existirem problemas cognitivos ou de audição o desenvolvimento da linguagem compreensiva pode ficar comprometido, tornando mais complexo e difícil o processo de aquisição da linguagem

1.3.2. Desenvolvimento cognitivo

Nas situações de paralisia cerebral nem sempre é possível avaliar com precisão a existência ou não de atraso mental, porque na avaliação de crianças com perfis complexos de desenvolvimento, as medidas estandardizadas não são as mais adequadas, devido às limitações motoras e de linguagem que dificultam a sua aplicabilidade.

Autores como Dalmau (1984, citado por Basil 1995), baseando-se em estatísticas efectuadas em Inglaterra, afirmam que 50% das crianças com paralisia cerebral deveriam ser consideradas deficientes mentais e que 40% destas apresentam défices sensoriais associados, o que irá ter consequências sobre o desenvolvimento cognitivo.

O facto destas crianças estarem impedidas de manipular e de agir fisicamente sobre o mundo que as rodeia, explorando-o livremente, vai interferir no desenvolvimento da inteligência sensório-motora e como consequência influenciar negativamente o desenvolvimento do pensamento pré-operatório, operatório e formal. No entanto, há opiniões que referem que a dificuldade de avaliação das reais capacidades da criança penaliza os resultados encontrados na aplicação de testes e provas.

1.3.3. Desenvolvimento social e interacção

A criança com lesão cerebral, vai ter desde o início dificuldades na interacção com os outros, pelo facto de não conseguir produzir os gestos e os sons a que o meio social dá valor e reconhece como funções comunicativas. Basil (1995) refere que a criança encontra dificuldades em produzir mudanças no comportamento das outras pessoas, no sentido de as fazer interagir com elas e que este défice comunicativo limita a criança no desenvolvimento cognitivo e social e na construção da sua personalidade. Segundo o mesmo autor, a criança que experimenta o fracasso quando age sobre o meio, sente-se frustrada, diminui a motivação e o investimento necessário a qualquer actividade. O facto de se sentir inapta pode levá-la a desistir, porque sente que não é capaz ou que o próprio ambiente não lhe é *responsivo*. O desenvolvimento do ser humano assenta na sua capacidade de interagir com os outros da sua espécie e de actuar sobre o mundo, sendo que a qualidade e a quantidade das interacções proporcionadas a uma criança são determinantes no seu desenvolvimento social e emocional. A criança com Paralisia Cerebral tem o seu desenvolvimento afectado quer pelas lesões de que é portadora quer pelas limitações que

daí advém, impedindo-a de experimentar e aprender como os demais prejudicando o seu desenvolvimento.

1.4 Perspectivas de intervenção pedagógica

A implementação de planos de intervenção com crianças com deficiência têm sido alvo de várias abordagens nos últimos trinta anos. Nos anos 60/70 a avaliação centrava-se na identificação de uma causa e a intervenção procurava formas de minimizar essa causa, estando subjacente o modelo médico. Hamilsen e Larsem (1974, citado em Ferreira, Ponte e Azevedo 1999) referem que a avaliação devia ser académica e que a instrução deve ser directa ensinando-se aquilo que é necessário aprender. Ferreira, Ponte, Azevedo (1999) referem que alguns autores propuseram a aplicação dos princípios das teorias behavioristas como seja a teoria do reforço e a análise de tarefas. No modelo de análise de tarefas procura-se evitar o sentimento de fracasso, criando-se oportunidades de sucesso, através da adequação das tarefas às capacidades. Tucker (1985, citado por Ferreira, Ponte e Azevedo, 1999), refere que as abordagens centradas em currículos têm a vantagem de identificar os objectivos de um plano educativo e também estabelecer linhas de base que servem para fazer a avaliação dos progressos e da eficácia do plano. Ainda nos anos 70 surge a abordagem desenvolvimentista que propunha que o plano educativo de uma criança devia ser construído com base na sua idade mental. Os problemas de aprendizagem seriam superados através de treino cognitivo, tendo como referência a teoria dos estádios de Piaget procurando fazer emergir os esquemas sensoriais e operatórios de acordo com a sequência de estádios preconizada na teoria piagetiana. Neste caso a avaliação servia para determinar o estágio de desenvolvimento em que a criança se encontrava e a partir daí eram definidos os objectivos e as estratégias de intervenção.

Ferreira, Ponte, Azevedo, (1999) referem a imposição nas ultimas décadas de uma abordagem ecológica e interaccionista que privilegia as trocas da criança com o meio físico e social, como fundamentais no desenvolvimento da criança, na sua capacidade de aprendizagem e na sua realização como ser humano.

A criança cresce como um todo, sujeita aos efeitos da relação dinâmica entre as suas capacidades pessoais que se prendem com as condições definidas biologicamente e as condições ambientais em que vive, numa reorganização permanente em que todos os factores se influenciam mutuamente.

Assim parece-me correcto que na intervenção com crianças com necessidades Educativas especiais que o técnico possa recorrer a várias perspectivas teóricas e que de acordo com o caso que tem em mãos e o contexto possa decidir qual a abordagem ou abordagens que mais se adequam ao caso, de forma a melhorar a qualidade de vida daquela família e daquela criança.

A intervenção com as crianças com Paralisia Cerebral deve ter em conta o contexto das suas vivências diárias ou seja em casa, no jardim de infância, na comunidade, permitindo ao indivíduo estruturar as suas aprendizagens no ambiente onde vive, tendo assim, a possibilidade de realizar aprendizagens mais eficazes e significativas.

1.4.1. A comunicação

A fala é a forma de expressão mais utilizada pelo ser humano quando pretende comunicar. No entanto, muitos dos indivíduos com Paralisia Cerebral, estão impossibilitados de exercerem um controle correcto sobre o seu aparelho fonador e impedidos de se exprimirem oralmente. Estes indivíduos possuem capacidades e necessidades comunicativas idênticas às dos indivíduos falantes se as lesões que afectam os mecanismos da fala não os afectarem do ponto de vista cognitivo e emocional. Nestes casos a fala não será a sua forma privilegiada de comunicar, sendo necessário implementar o mais cedo possível um sistema aumentativo e alternativo de comunicação. A decisão de quando implementar a comunicação aumentativa nem sempre foi alvo de concordância entre os teóricos Chapman e Miller (1980, citado em Basil 1995) que referem que a aquisição quer da linguagem oral, quer de qualquer sistema aumentativo de comunicação, requer o desenvolvimento de certas habilidades, que alguns autores situam no estágio V do desenvolvimento sensorio motor. Neste estágio a criança tem a capacidade de estabelecer relação entre fins e meios, permitindo-nos perceber que há intencionalidade nas acções e na comunicação. Ferreira, Ponte e Azevedo (1999), referem que esta posição foi muito contestada e que actualmente é possível a introdução de estratégias de comunicação aumentativa precocemente, visto existirem vários níveis que vão desde as estratégias básicas para provocar o desejo de comunicar, até à implementação e ao uso de um sistema aumentativo e alternativo com uma linguagem simbólica muito elaborada e com recurso a tecnologias, sendo possível expressar capacidades comunicativas.

A criança que vive num ambiente socio-afectivo estimulante, vê emergir mais facilmente modos de comunicação, aprendendo precocemente que existem diferentes formas de comunicar, susceptíveis de produzir efeitos diferentes sobre o ambiente, até adquirir a linguagem simbólica por forma a aceder a outros níveis de desenvolvimento. Hollis e Carrier (1978, citado em Ferreira, Ponte e Azevedo, 1999) consideram a comunicação um fenómeno pré-linguístico que antecede o desenvolvimento da linguagem, assim qualquer intervenção que vise implementar uma linguagem deve começar pelo treino de competências comunicativas.

Na criança com Paralisia Cerebral apenas pode estar afectada a fala, não estando afectada a compreensão e os conceitos linguísticos, mas pode acontecer que exista uma deficiência na área da linguagem devido à disfunção cerebral ou atraso cognitivo. A implementação de um sistema aumentativo e alternativo de comunicação implica sempre que sejam avaliadas as competências comunicativas da criança e as suas capacidades simbólicas.

1.4.2. Sistemas Aumentativos e Alternativos de Comunicação

Entende-se por sistema aumentativo e alternativo de comunicação o conjunto de técnicas, ajudas, estratégias e capacidades que um indivíduo impossibilitado de falar usa para comunicar.

Segundo Lloyd e Karlan (1984) os sistemas aumentativos e alternativos de comunicação sem ajuda, são aqueles em que o corpo de quem comunica é o veículo transmissor daquilo que se pretende comunicar.

Os sistemas com ajuda, são constituídos por símbolos e sistemas de símbolos que necessitam de um suporte como seja uma ajuda técnica ou um dispositivo de suporte. Nesta forma de comunicação os signos são seleccionados recorrendo-se ao uso de tabuleiros e quadros de comunicação, relógios indicadores, máquinas de escrever adaptadas, digitalizadores e sintetizadores de fala, computadores os quais são utilizados de acordo com as necessidades e potencialidades do utilizador.

Um dos sistemas mais usados é o Sistema Aumentativo e Alternativo (SPC) que foi concebido em 1981 por uma terapeuta da fala, Roxana Mayer Jonhson, que ao verificar que havia

indivíduos com dificuldades com o sistema Bliss, sentiu a necessidade de criar um sistema que pelas suas características pudesse ser facilmente aprendido por estes indivíduos.

Os símbolos do SPC são iconográficos, desenhados a preto sobre fundo branco, na parte superior do símbolo está escrito o seu significado para que seja facilmente e perceptível por pessoas que não conheçam o sistema. Os símbolos foram desenhados com o objectivo de:

- serem facilmente apreendidos;
- serem apropriados para todos os níveis etários;
- serem facilmente diferenciados uns dos outros;
- simbolizarem as palavras e actos mais comuns usados na comunicação diária;
- serem agrupados em seis categorias gramaticais;
- possíveis de reproduzir em fotocopiadora.

O sistema é composto por 3200 símbolos agrupados em seis categorias gramaticais. A divisão em categorias prende-se com o facto de ser adequado à construção de frases simples, as categorias são: pessoas, verbos, adjectivos, substantivos, diversos e sociais, sendo recomendado o sistema de cores da chave de Fitzgerald. Esta chave foi usada em 1926 por uma professora de surdos, com o objectivo de ensinar os princípios linguísticos e a estrutura da frase a crianças surdas. Deste modo as crianças aprendiam a analisar as relações funcionais dos elementos de uma frase e a compreender como a ordenação das palavras na frase afecta o significado desta. À categoria pessoas corresponde a cor amarelo, à categoria verbos a cor verde, à categoria substantivos a cor laranja, à categoria adjectivos a cor azul, à categoria diversos a cor branco, à categoria sociais a cor rosa. Pensa-se que o uso desta chave para além da consistência no seu uso, facilitará a combinação com outros sistemas.

O SPC pode ser utilizado tanto por pessoas cujas necessidades comunicativas estejam limitadas à necessidade de um vocabulário limitado e a uma estruturação frásica simples, como a indivíduos que necessitam de utilizar um vocabulário mais vasto e tem possibilidades de estruturar frases com maior grau de complexidade.

No caso de crianças que usam estes sistemas as actividades devem ser adaptadas e organizadas de modo a facilitarem a participação activa das crianças nas actividades, promovendo o processo de aprendizagem e de socialização.

2. Importância do envolvimento parental na intervenção

Actualmente reconhece-se que a participação e colaboração dos pais no processo educativo das crianças com necessidades educativas especiais, é um factor decisivo na promoção do seu desenvolvimento. Todos estão de acordo com este princípio, pais, médicos, educadores, contudo ao longo da história nem sempre assim foi. Tal como o conceito de necessidades educativas especiais (NEE) e as modalidades de atendimento às crianças com NEE, também o papel dos pais tem vindo a ser alterado e encarado de diferentes formas. Isto é, tal como se passou da iniciativa privada à intervenção do Estado na educação das crianças com NEE, das instituições de carácter existencial às de estrutura educativa, da segregação às medidas de integração escolar, também a família passou de responsável pelo problema da criança (causa desse problema) a participante activo, e com direitos adquiridos, no processo de desenvolvimento/aprendizagem dos seus filhos.

Na década de 40/50, os pais das crianças com NEE eram considerados responsáveis, causadores do estado da criança. Estas ideias fomentavam uma enorme culpabilização e

propiciavam o aparecimento de ressentimentos, falta de confiança e baixa auto-estima que dificultavam a interacção pais / profissionais.

Correia (1997) refere que nos anos 50/60, os pais tinham um papel passivo, a responsabilidade educacional e terapêutica dos filhos cabia quase inteiramente aos profissionais.

A partir dos anos 70, pais e profissionais tomam consciência da necessidade de que os primeiros participem activamente nos programas educativos dos filhos.

Pereira (1998) refere que contribuiu para o desenvolvimento deste papel o facto de passarem a considerar os pais como elementos fundamentais para o progresso e desenvolvimento dos filhos, pelo que, os profissionais entendiam que eles deviam aprender antes de ensinar os filhos em casa.

Mas esta primeira concepção de participação activa dos pais era ainda um pouco redutora, pois dava especial ênfase ao papel da mãe, esquecendo o papel do pai no desenvolvimento da criança.

Com a contínua experiência neste campo, chega-se à conclusão da enorme influência da família como co-profissional, naturalmente vocacionada para dar continuidade ao trabalho dos técnicos.

Correia (1997) refere que para compreender esta nova forma de trabalhar com a família é importante salientar alguns aspectos teóricos que explicam o funcionamento da família, referindo o modelo teórico da Abordagem Sistémica da Família, que se baseia na teoria geral dos sistemas de Von Bertalanffy (1968). Carter & McGoldrick (1980, citado em Correia 1997) referem que a família é uma unidade onde existem muitas interacções, como sistema interaccional que é, qualquer acontecimento que afecte um dos membros da família pode ter impacto em todos os outros membros.

O Modelo Transaccional de Sameroff e Chandler (1975, citado em Correia 1997), explica a importância do envolvimento parental na medida em que a família é uma componente essencial do ambiente de crescimento da criança, que é influenciada e influencia a criança, num processo contínuo e dinâmico, cujos aspectos diferenciados dessa interacção vão ter impacto na família e na criança.

Nesta perspectiva, a família é vista como um todo que influencia e é influenciada. Influencia os seus educandos, outros familiares, por forma a que estes e até a própria comunidade possam efectuar um papel activo contribuindo para a educação da criança.

Turnbull, Summmers e Brothers (1984, citado em Correia 1997) referem quatro subsistemas familiares interdependentes:

- marital (interacções marido / mulher);
- parental(interacções pais/ filhos);
- fraternal (interacções entre irmãos);
- extrafamiliar (interacções da família com os vizinhos, família alargada, amigos ou profissionais.

O Modelo da Ecologia do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner refere, dentro desta perspectiva sistémica e ecológica, o factor “influência “, mas inserido num campo mais vasto caracterizando o modelo como possuindo um conjunto de níveis ou sistemas ecológicos:

- microsistema- (dentro do qual se faz referencia às influencias entre os diversos membros da família ou entre os colegas ou professor/aluno);
- mesossistema (interacções entre dois ou mais contextos como sendo a família e a comunidade);

- exossistema (realidade dentro da qual o indivíduo não se encontra inserido mas que por ela poderá ser influenciado- local de trabalho dos pais da criança que a podem influenciar negativamente);
- macrossistema(englobando os sistemas anteriores, será o conjunto de valores e crenças culturais da sociedade, factores sociais mais abrangentes que têm impacto na educação da criança).

Quando se perspectiva a família não a podemos separar deste conjunto de sistemas ecológicos que a influenciam, nem descurar o seu papel no processo educativo da criança pois ela é o meio de pertença no qual se opera uma socialização profunda onde na realidade ocorre a formação da personalidade humana. A criança deve ser observada visando uma intervenção educacional tendo em consideração estas perspectivas, percebendo-se as diferentes interacções entre os diferentes subsistemas familiares por forma a auxiliar melhor os pais, como refere Correia (1997), identificando as áreas problemáticas no sistema familiar, de modo a melhorar o processo de mudança, procurando criar um equilíbrio nas interacções familiares.

Em Portugal o Decreto-Lei 319/91, vem contribuir para a perspectivação do envolvimento parental das crianças com NEE de uma forma mais activa, não só na continuidade dos cuidados/recursos a proporcionar à criança, mas também na elaboração, aprovação e avaliação dos planos, projectos e estratégias de intervenção.

O caminho para a integração terá de começar o mais cedo possível, numa intervenção conjunta com a família, e o meio envolvente, num processo contínuo ao longo da escolaridade.

2.1. Compreender os pais das crianças com NEE

O nascimento de uma criança no seio de uma família provoca sempre mudanças significativas. Quando a criança apresenta problemas do foro das necessidades educativas especiais essa mudança é estrutural, globalizante e stressante se é que tenha sequer definição por parte de quem avalia.

O'Hara & Levy (1984, citado em Correia 1987) comparam a reacção dos pais que recebem a informação de que o filho é portador de NEE ao que geralmente o ser humano sente quando perde alguém que ama, “por morte” ou separação. O período de luto pode prescrever uma série de “estádios de ajustamento parental”: o choque, a rejeição e a incredulidade; a desorganização emocional em que estão presentes sentimentos de culpa, frustração, raiva, tristeza e mágoa) e a organização emocional (adaptação e/ou aceitação. Turnbull & Turnbull (1986, citado em Correia 1997) consideram que estes estádios são salutares, como forma de expressão e caminho para encontrar soluções, sendo essencial não esconder aos pais a verdade, devendo estes serem informados pormenorizadamente acerca da problemática do filho. Vários factores contribuem para uma alteração da vida familiar: os tratamentos médicos que para além de constituírem um acréscimo nas despesas são dolorosos podendo acarretar riscos de vida, cirurgias e hospitalizações; a ocorrência por vezes de sintomas inesperados e preocupantes (dificuldades em respirar, convulsões); problemas com transportes, com os cuidados a prestar aos restantes membros da família, com a dispensa de serviço sempre que é necessário tratar de um assunto relacionado com a criança; os tratamentos ou a alimentação que pode ocupar largos espaços de tempo, quer nocturno quer diurno, o que implicam além do desgaste físico, uma falta de tempo para o lazer para si e para todos os elementos da família, os ciúmes ou rejeição por parte dos irmãos da criança e por vezes os problemas conjugais provocados por toda esta situação.

As possibilidades de atendimento com sucesso e a obtenção de bons resultados dependem muitas vezes da gravidade do caso da criança com NEE, pois quanto maior é esse grau, maior a carga stressante e piores os resultados. Uma família psicologicamente saudável e emocionalmente estável, com apoios extra-familiares (instituições, profissionais liberais, amigos, vizinhos ou grupos sociais) tem maiores possibilidades de encarar e tentar resolver a situação. Os aspectos relacionados com a percepção, compreensão e expectativas das famílias face a uma criança com NEE que se relacionam com a própria herança cultural e as crenças familiares, suas atitudes perante o real e suas formas de funcionamento são também aspectos a ter em conta pelo profissional de apoio. Muitas vezes os pais vivem fortes sentimentos de culpa, outras culpam médicos e técnicos pelos seus problemas. É fundamental que os educadores/professores não se deixem abalar por essas atitudes, não as tomem como pessoais, não se deixando absorver pela “agressividade” dos pais. Os educadores/professores, devem procurar entender que na maior parte das situações estas atitudes dos pais, são reflexo de uma situação difícil, da vontade em resolvê-la, na busca da resposta mais adequada para o seu filho. O profissional deve ser capaz de mostrar aos pais que os compreende, que os quer ajudar na procura da resposta mais adequada para promover o desenvolvimento da criança.

3. PROJECTO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA

3.1. *Contextualização do projecto*

3.1.1. Contexto humano da sala onde a criança se insere

A sala do grupo do pré-escolar onde está integrada a criança, tem como recursos humanos a educadora de infância responsável pelo grupo, a educadora dos apoios educativos a tempo parcial e uma auxiliar de acção educativa.

O grupo é constituído por 20 crianças, com idades compreendidas entre os três e os cinco anos de idades.

3.1.2. Organização da sala de aula

A organização de uma sala de Jardim-de-infância depende da intencionalidade educativa do educador. Neste caso concreto o espaço está dividido em áreas de actividades, delimitadas por móveis baixos ou pela disposição das mesas e cadeiras, que permitem que cada criança desenvolva as actividades de forma tranquila e autónoma, aprenda mais facilmente a organização e estruturação do espaço. As áreas existentes são: área da biblioteca (espaço dedicado às conversas, histórias e canções, e observação livre de livros), área da expressão plástica, (desenho, pintura, colagem, barro) área dos jogos de construção, área da garagem, área da escrita (com quadro magnético com letras e números, dois mini computadores), área de jogos de mesa, casinha das bonecas e trapalhadas. Todas as áreas têm material adequado ao fim a que se destinam, sendo este de boa qualidade e atraente, estando ao alcance das crianças para que elas possam escolher e usar o que desejarem, arrumando quando terminam, de modo a promover a autonomia da criança. As paredes têm placares onde se afixam os trabalhos das crianças.

Existe por parte da educadora a preocupação de seguir as orientações curriculares. Assim, as actividades desenvolvem-se numa perspectiva globalizante e visam promover o desenvolvimento da criança, estimulando o desejo de criar, de explorar, promovendo a formação da criança como ser livre, autónomo e solidário. As actividades ocorrem todos os dias dentro do mesmo horário, embora exista alguma flexibilidade, esta organização é facilitadora da aquisição de hábitos e dos conceitos de tempo.

4. Caracterização da criança

4.1. História compreensiva

O Diogo (nome fictício) tem 5 anos, apresenta um quadro de Paralisia Cerebral de tipo espástica, com componente extrapiramidal. Através da análise do processo da criança é-nos dado perceber que a criança, foi referenciado para apoio por um Centro especializado no final do ano lectivo de 98/99. Nessa altura foi inscrito num Jardim de Infância e começou a frequentá-lo em Setembro 1999.

A frequência do Jardim de Infância ocorreu numa primeira fase, só no período da manhã, tendo esta opção sido tomada de acordo com a mãe devido às características da criança.

O Diogo começou a dar respostas positivas à integração e avançou-se para o almoço no Jardim, numa primeira fase dado pela mãe e depois pela educadora dos apoios educativos. Só em Janeiro de 2000 o Diogo começou a frequentar o Jardim a tempo inteiro. Esta primeira fase foi muito complicada porque o Diogo tinha um período de atenção muito curto, não parava sentado, prestava atenção a jogos ou histórias por instantes, andava sempre de um lado para o outro, sendo por vezes agressivo com os adultos quando estes não lhe faziam a vontade.

A mãe mostrou-se sempre receptiva às sugestões das educadoras, embora desculpasse sempre esta instabilidade e este comportamento do filho.

Quando ocorriam idas ao Centro Especializado, para avaliação da área da motricidade era referido pela fisioterapeuta a existência de dificuldades em trabalhar com esta mãe. No dizer da terapeuta as sugestões não eram bem aceites, nomeadamente a necessidade de insistir junto da criança para um comportamento mais adequado e modelar as situações de teimosia, contrariando a criança.

Das conversas informais com a mãe era sempre referido o descontentamento em relação ao apoio dado pelo Centro Especializado, nomeadamente no atraso da entrega dos aparelhos que o Diogo precisava, no caso, um andarilho. Ainda pela análise do processo da criança é dado perceber que foi pedido um andarilho em Março de 1999, que foi entregue em Outubro de 2000. Nessa data o Diogo já estava a dar passos sozinho embora caísse com muita frequência, mas o uso do aparelho não lhe dava mais autonomia, por isso em Novembro de 2000, a terapeuta acabou, por retirar o aparelho ao Diogo por considerá-lo desadequado.

O Diogo fez progressos ao longo do tempo de frequência do Jardim de Infância.

4.2. Perfil educacional da criança

Em Março de 2001, efectuou-se uma avaliação educacional da criança tendo como base a lista de registo de comportamentos do programa Portage.

A avaliação foi registada pela educadora dos apoios educativos, como resultado das observações em contexto natural, de conversas informais com a educadora da sala e com a mãe.

Foi preenchida a ficha de avaliação de factores para a implementação de AAC³ na criança multideficiente usada pelo CPCCG⁴ por se considerar que a lista de registo Portage da área da

³ Comunicação Alternativa e Aumentativa

⁴ Centro de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian

Linguagem não nos dá muita informação visto a criança em estudo não ter linguagem oral. Esta ficha foi preenchida pelas duas educadoras.

O perfil foi organizado de acordo com as áreas de desenvolvimento propostas no programa Portage: socialização, cognição, autonomia, motor, comunicação (optou-se por substituir linguagem por comunicação, considerando que a criança não tem linguagem verbal e que o termo comunicação expressa melhor os comportamentos da criança).

4.2.1. Área da socialização

Através da observação da criança é nos dado perceber que gosta de estar com as outras crianças, mostrando por vezes interesse em fazer as mesmas actividades que as outras crianças. Mas nem sempre estabelece muitas relações com o grupo, mas há momentos em que brinca com os outros. Podemos por vezes observar o Diogo a brincar na casinha das bonecas com os outros. As outras crianças gostam de imitar os adultos e a maior parte das vezes essa imitação recai sobre a situação de alimentação na qual o Diogo participa. Contudo a participação do Diogo em situações de brincadeira livre, ocorre em períodos de tempo muito curtos. O Diogo gosta de participar em jogos de grupo, mas o período de atenção é curto e as dificuldades de mobilidade exigem na maior parte das vezes a presença de um adulto junto dele. Contudo é meigo e afável com os outros. Com os adultos o Diogo é meigo e afável, mas quando contrariado, por vezes é agressivo, no início puxava cabelos e dava cabeçadas, este comportamento apesar de se registar com menos intensidade por vezes ainda ocorre.

O Diogo imita os gestos que o adulto faz nas actividades de canções mimadas, ou nos jogos de mímica. Recorre ao adulto quando quer um objecto, fazer um jogo, ouvir uma história, ou deslocar-se a outro espaço. Cumprimenta as outras crianças ou adultos quando lhe recordam, esboçando um sorriso. É capaz de fazer uma escolha quando se lhe pede, apontando. Compreende sentimentos (exemplo quando estamos zangados com ele, ou tristes). Gosta de dançar e de ouvir música. É uma criança muito persistente com as suas ideias, nem sempre aceita as propostas do adulto ou de outra criança, nomeadamente quando o grupo tem oportunidade de escolher a história o Diogo quer ser sempre ele a escolher, fazendo birra quando não vê a sua vontade satisfeita.

4.2.2. Área da autonomia

Nesta área referimos as competências que a criança adquiriu/não adquiriu a nível dos hábitos de higiene, na alimentação, no vestir.

A nível dos comportamentos de higiene

Ainda não adquiriu o controle dos esfíncteres, usando fralda, raramente indica que precisa da fralda mudada. Já interiorizou a rotina da muda da fralda e por vezes quando se aproxima a hora de mudar a fralda e não é mudado dirige-se para a mochila, esboçando gestos que revelam o seu desejo de ser mudado.

Não mostra interesse em se sentar na sanita apesar de observar as outras crianças a fazê-lo.

Na lavagem das mãos põe as mãos debaixo da torneira para as lavar e aprecia a espuma que o sabonete produz.

A nível da alimentação.

Nas refeições o Diogo precisa que o adulto lhe dê os alimentos, embora colabore pegando na colher e levando-a à boca, ainda não adquiriu as competências que lhe permitam ser autónomo, sendo esta uma área que preocupa a mãe e a educadora. A alimentação ainda precisa de ser triturada, porque o Diogo rejeita quando os alimentos estão mais grossos e fica inquieto acabando por não almoçar em condições, embora já tenha adquirido a mastigação. Bebe água por um copo que segura com as duas mãos, com ajuda do adulto.

A nível do vestir

O Diogo é capaz de tirar os sapatos quando estão desatados, abre e fecha um fecho *éclair* grosso menos o encaixe, ajuda a tirar e a vestir os casacos e as camisolas.

4.2.3. Área do desenvolvimento motor

Observámos as competências da criança a nível dos movimentos largos e finos, registando-se que o Diogo já adquiriu a marcha autónoma, embora por vezes caia, sendo necessário apoio para se levantar, quando não existe apoio prefere gatinhar.

Sobe e desce escadas com ajuda; senta-se sozinho numa cadeira pequena; manuseia um livro; virando as folhas, várias de cada vez, nas construções com blocos constrói uma torre com três cubos; gosta de desenhar, fazendo riscos na horizontal, com marcadores grossos, revelando maior controlo nos movimentos; faz encaixes com seis peças num tabuleiro. Gosta de amassar plasticina e barro, necessitando de alguma ajuda para manusear o rolo, e para recortar a plasticina com as formas porque o Diogo não é capaz de exercer a força necessária à execução da tarefa. Gosta muito de cortar com tesoura e de colar, necessitando de ajuda física do adulto para manusear a tesoura.

4.2.4. Área da cognição

O Diogo é uma criança com dificuldade em concentrar-se nas tarefas tendo um período de atenção muito curto o que prejudica as aquisições nesta área. A terapeuta da fala na entrevista refere aquilo que tem sido sempre a sua opinião que é a de uma criança com “uma desorganização mental muito grande” que não o disponibiliza para outras aprendizagens, nem nos permite avaliar com rigor as suas capacidades.

No entanto o Diogo já desenvolveu um conjunto de competências como seja: apontar para si próprio, reconhecer os adultos conhecidos pelo nome, juntar objectos às figuras dos mesmos, identificar figuras nomeadas, identificar personagens de uma história conhecida tendo como suporte o livro, sendo capaz de procurar num livro, uma figura nomeada desde que as imagens sejam simples. Identifica os livros de histórias e procura as que lhe interessam. É uma criança que gosta muito de ouvir histórias e que se interessa por livros.

A nível das emoções o Diogo tem manifestações de contentamento ou de tristeza ajustadas aos acontecimentos de uma história, às rotinas do dia que mais lhe agradam e às orientações que os adultos lhe dão.

Reconhece as cores amarelo, vermelho, azul, verde, laranja. Aponta onde está o nariz, a boca os pés as orelhas, olhos, cabelo, pernas, barriga, mãos.

Reconhece no outro as mãos os olhos os pés, a cara, os cabelos, as orelhas, a barriga, os pés.

Sendo uma criança muito persistente nas suas ideias e interesses por vezes é difícil fazê-lo desistir das suas ideias e motivá-lo por outras actividades, mostrando o Diogo desinteresse pela proposta do adulto fazendo por vezes birras e revelando alguma agressividade.

4.2.5. Área da comunicação

Na área da comunicação o Diogo revela boas capacidades a nível da linguagem compreensiva; em relação à linguagem expressiva o Diogo tem muitas dificuldades por não ter linguagem oral.

Da observação efectuada à criança no contexto do Jardim de Infância havia a registar que a criança comunicava com os adultos recorrendo à mímica facial, puxava a mão do adulto ou deslocava-se para os locais ou objectos que queria. Os resultados obtidos através da aplicação da Ficha de Avaliação de Factores para a Implementação de AAC na Criança Multideficiente usada pelo CPCCG, confirma os dados obtidos através da aplicação da lista de registo de comportamento Portage na área cognitiva que nos revela que o Diogo tem capacidades a nível da representação que se justifica pela capacidade em reconhecer objectos comuns, reconhecer fotografias e imagens, desenvolver jogo simbólico.

Existência de comportamentos comunicativos

O Diogo é uma criança que não tendo linguagem verbal tem comportamentos comunicativos como seja sorrir para outra pessoa, emitir sinais para chamar a atenção, esticar a mão ou olhar para algo que quer obter, usar gestos simples, por exemplo referir as partes do corpo nele e no outro apontando com a mão, exprimir emoções, normalmente movendo o corpo, exprimir recusa através da birra ou deitando-se no chão, exprimir o sim através do sorriso, tendo esta resposta sido modelada por nós que lhe dizemos que quando a sua resposta é sim para sorrir.

Capacidades a nível da comunicação receptiva

O Diogo revela possuir boas capacidades a nível da linguagem compreensiva que nos são confirmadas por este instrumento e pela opinião da mãe e da educadora através da entrevista. Reconhece o nome dos adultos que lhe são familiares, interrompe o que está a fazer quando lhe dizemos para parar, identifica objectos pelo nome, compreende frases complexas. Cumpre ordens do tipo “vai buscar as canetas” e “vamos”. Reage ao ritmo da música com movimentos do corpo.

Demonstra compreender os pedidos verbais nomeadamente quando se pede para mostrar uma parte do corpo. Faz corresponder acções a figuras dos mesmos ex: onde está o menino a comer, ou a beber. Dá atenção a histórias preferindo as que ouviu anteriormente.

Capacidades a nível da comunicação expressiva

O Diogo não tem linguagem oral sendo a sua produção vocálica constituída por sons indiferenciados. Contudo possui capacidades a nível da mímica facial que lhe permitem fazer-se entender em algumas situações, quando sente que não o entendem, revela um comportamento agitado. Consegue responder a perguntas com a resposta sim através de um sorriso, as respostas não é mais difícil, mas quando não quer não sorri e o adulto percebe.

Gosta de comunicar, comunicando mais com pessoas conhecidas, registando-se evolução na forma de comunicar em relação a fases anteriores.

A nível da motricidade oral

Tem problemas na alimentação, rejeitando alimentos menos triturados, e baba-se com muita frequência.

A nível sensorial

A nível da audição a criança parece ouvir bem e fazer boa discriminação dos sons, a nível visual, usa óculos, tem noção de cor, indica com o olhar de forma precisa.

Pela observação do comportamento desta criança e pelos indicadores das entrevistas da mãe, da educadora e da terapeuta da fala podemos concluir que o nível de comunicação receptiva é superior à comunicação expressiva, julgando que esse facto se deve a problemas motores que não lhe permitem aceder à comunicação oral e por outro lado a desorganização motora e a falta de atenção da criança quando sujeita a avaliação, criou alguns constrangimentos a nível da equipa técnica que não avançou tão cedo quanto seria desejável na implementação de um sistema aumentativo e alternativo de comunicação.

4.2.6. Gostos e interesses

A mãe refere que o Diogo gosta de ouvir histórias de ver livros e revistas e que gosta de desenhar e pintar, gostando de ver televisão.

A educadora refere que as actividades que mais interessam ao Diogo são as de expressão plástica e as histórias, mas de uma forma geral interessa-se pelo que se passa à sua volta participando com entusiasmo nas actividades embora por vezes permaneça pouco tempo nas mesmas.

5. Planificação e Intervenção

Para que o projecto que se desenvolveu atingisse os objectivos preconizados, tivemos como referência o perfil educacional da criança já apresentado.

Este processo foi complementado pelas conversas informais com a mãe e com a terapeuta da fala que posteriormente nos confirmaram a sua opinião através de entrevista. De salientar que tem sido prática das duas educadoras reflectirem sobre os progressos da criança e dificuldades, o que nos permitiu definir as linhas de orientação da nossa intervenção.

Consideramos que numa intervenção deste nível só é possível alcançar resultados positivos, assumindo uma perspectiva ecológica e interaccionista em que se valorizam as relações que a criança estabelece com os outros e com o meio, como factores determinantes no seu desenvolvimento, cujo sucesso está dependente do envolvimento de todos os intervenientes.

Assim a nossa intervenção situou-se a dois níveis:

- intervenção com a criança em contexto de jardim-de-infância;
- intervenção junto da família.

Quando planificámos a intervenção, além dos pressupostos enunciados anteriormente, considerámos importante que os objectivos a trabalhar fossem úteis à criança na sua vida diária, fossem possíveis de alcançar e por conseguinte geradores de sucesso, aumentassem a capacidade da criança de participar na vida social, respeitassem as motivações e preocupações da família.

Organizámos o programa de intervenção por áreas de desenvolvimento (autonomia, cognição, desenvolvimento motor, socialização e comunicação). Para cada área definimos objectivos que emergiam das realizações da criança e se situavam entre aquilo que a criança era capaz de fazer com autonomia e aquilo que seria o objectivo seguinte a ser trabalhado com a ajuda do adulto. Alguns objectivos já estavam a ser trabalhados, mas não estavam adquiridos, a nossa avaliação da situação, levou-nos a concluir que se registava uma evolução no comportamento da criança, mas que era necessário mais tempo para atingir o objectivo. Na definição das actividades/estratégias para atingir o objectivo, tivemos em conta as sugestões do programa “Portage”. Elaborámos folhas de actividades em que são propostas algumas sequências de ensino e análise de tarefas. Com esta metodologia pretendeu-se criar uma coerência entre os vários elementos que intervêm com a criança levando a uma sistematização das tarefas e acreditando que estas crianças aprendem mais facilmente, com o faseamento e sequencialidade das tarefas.

5.1. Programa de intervenção

Para um melhor esclarecimento de todo o processo de programação, observe-se o quadro que se segue:

Quadro nº 1 - Programação da intervenção por áreas de desenvolvimento

Quadro nº 1.1 - Área da autonomia

Competência adquirida	Objectivo a adquirir	Actividade/estratégia	Intervenientes	Calendarização
Bebe água por um copo que segura com as duas mãos, com ajuda do adulto.	Beber água por um copo com asa, que segura sozinho	Deve ser usado um copo leve e que tenha uma asa Peça à criança para segurar no copo com as duas mãos Ponha a sua mão por cima da mão da criança como tem feito até aqui Encoraje a criança a levar o copo à boca devagar Dê-lhe o mínimo de ajuda possível Elogie a criança “ muito bem Diogo I” Quando a criança segurar bem o copo, peça-lhe para ser ela a encher o copo na torneira Vá reduzindo a ajuda, dizendo à criança para segurar bem o copo Diga à criança para beber devagar para não entornar dê ajuda verbal e física se necessário	Educadoras, auxiliar, pais	3 /4 a 15/6
Mastiga alimentos triturados	Mastigar alimentos semi-sólidos	Procure dar alimentos à criança que ela gosta, mas não os triture ex: banana, batatas cozidas e peixe No início da refeição dê o peixe desfiado e as batatas esmagadas mas não trituradas Quando der banana não dê esmagada, dê a banana para a mão da criança, para que ela leve à boca e coma sozinha. Quando põe a comida na boca da criança diga-lhe para fechar a boca e mastigar. Incentive-a a comer sozinha.	Pais, educadoras	3 /4 a 15/6

Leva uma colher cheia à boca, com ajuda	Levar uma colher cheia à boca sem ajuda e alimenta-se.	Coloque a criança nos momentos das refeições, na mesa, junto dos colegas, assim ela pode observar os outros, e imitá-los. Comece no início da refeição, quando a criança tem fome e é mais fácil motivá-la. Use prato fundo, com fundo anti-derrapante. A comida deve ter uma consistência mais grossa para não sair facilmente da colher. sente-se ao lado da criança, ponha o seu braço esquerdo por trás das costas da criança, se necessário segure-lhe a mão esquerda, (ajuda a estabilizar a criança e facilita a tarefa) Ponha a sua mão por cima da mão da criança e ajude-a a encher a colher. Dê ajuda verbal “ vamos encher a colher, e pôr na boca” É possível que a criança se fatigue, nessa altura será o adulto a acabar de lhe dar de comer. Vá insistindo e reduzindo a ajuda Elogie o sucesso por muito pequeno que seja Em contexto familiar dê as refeições à criança no momento em que toda a família está a tomá-las.	Educadoras, auxiliar, mãe	3 /4 a 15/6
Controla a baba quando se lhe diz	Controlar a baba	Diga à criança para engolir a baba, sempre que veja que ela se está a babar. Utilize palhinha para beber o leite, aproveite a hora do lanche no J.Infância, para fazer esta actividade. Faça brincadeiras com bolas de sabão em pequeno grupo. Use escova eléctrica na lavagem dos dentes, ajuda a estimular os músculos da boca.	Educadoras, auxiliar, pais	3 /4 a 15 /6
Tira os sapatos	Calçar os sapatos	Sente a criança, apoie o pé que pretende calçar na outra perna da criança Desaperte os atacadores e abra o sapato Peça à criança para segurar o sapato com as duas mãos, oriente a criança a pôr o sapato no pé Dê ajuda física e verbal Vá reduzindo a ajuda física e verbal conforme vê que a criança vai correspondendo Elogie a criança Aproveite o regresso do recreio(em que todos, tiram os sapatos para tirar a areia), para executar esta tarefa.	Educadoras, auxiliar, T. O., pais	3 /4 a 15/6
Indica a necessidade de mudar a fralda, raramente	Indicar a necessidade de mudar a fralda	Elogie a criança sempre que ela indicar que quer mudar a fralda e leve-a à casa de banho Mude-lhe a fralda Coloque o símbolo da muda de fralda no painel da sala Quando vai mudar a fralda à criança mostre-lhe o símbolo e diga “ vamos mudar a fralda Diogo” Tente sentar a criança na sanita, elogie a criança por ficar sentada e aderir à sua proposta. Quando vai à casa de banho diga à criança o que vai fazer, use as mesmas palavras que usa quando leva a criança à casa de banho, associe o uso do símbolo. Tire-lhe a fralda durante o dia	Mãe, educadoras , auxiliar	3 /4 a 15/6
Lava as mãos com ajuda	Lavar as mãos identificando os passos da tarefa	Ensine o Diogo a lavar as mãos Coloque por cima do lavatório os símbolos SPC da sequência de ensino da lavagem das mãos, conforme lhe vai indicando como deve fazer, aponte para os símbolos Ponha sabonete nas mãos da criança e deixe ser ela, a esfregar as mãos	Educadoras , pais	3 /4 a 15/6

Quadro nº 1.2 - Área da socialização

Competência adquirida	Objectivo a adquirir	Actividade/estratégia	Intervenientes	Calendarização
-----------------------	----------------------	-----------------------	----------------	----------------

Participa num jogo com outras crianças, desinteressa-se com facilidade	Esperar pela sua vez	Incentive a criança a participar nos jogos de grupo (lençinho, cadeiras, gincanas) No parque infantil oriente a criança no sentido de esperar pela sua vez, para andar no baloiço e na roda das cadeiras. Faça jogos com bola em que as crianças passam as bolas umas para as outras Faça o jogo do chefe manda (com mímica para o Daniel poder participar), a criança terá que esperar pela sua vez.	Educa- do- ras	3 /4 a 15/6
Conhece o seu lugar no refeitório	Ficar sentado no refeitório depois de acabar de comer	Sentar o Diogo numa mesa com mais duas criança. Após o almoço o adulto deve ficar sentado junto do Daniel e não lhe permitir que se levante (vá para a cozinha como gosta de fazer) Tente conversar com ele Peça ajuda às outras crianças, para serem elas a dizerem-lhe fica aqui. Afasto-se por instantes, se o Daniel se levantar , volte a sentá-lo e diga-lhe vamos esperar pelos amigos Elogie os sucessos e as atitudes das outras crianças	Educadoras , auxiliar	3 /4 a 15 /6
Participa em saídas do grupo	Comportar-se de forma ajustada em espaços exteriores à escola.	Proporcionara à criança saídas ao exterior em contexto de grupo. Valorizar a atitude positiva da criança. Com base em situações anteriores organizar as saídas ao exterior, evitando situações propicias a instabilidade.	Educadoras, auxiliar	3/4 a 15/6
Ouve uma história, sentado no tapete, mas não consegue estar em silencio	Estar sentado no tapete a ouvir uma história, em silêncio, participando quando é solicitado	Quando a a auxiliar está presente na sala peça à criança Incentive-o a prestar atenção à história Quando pede a participação das crianças, questione também o Daniel na medida das suas potencialidades Elogio quando está atento à história Deixe-o escolher a história algumas vezes	Educadoras, auxiliar	3 /4 a 15 /6

Quadro nº 1.3 - Área do desenvolvimento motor

Competência adquirida	Objectivo a adquirir	Actividade/estratégia	Intervenientes	Calenda- rizaçã o
Põe-se de pé apoiando-se em num móvel, ou no adulto	Levantar-se sozinho quando cai	Quando a criança está no chão dê-lhe uma cadeira para se apoiar para se levantar. Ensine a criança a apoiar-se nas mãos e num joelho para se levantar. Peça ajuda para apanhar os jogos, incentive a criança a levantar-se sozinha. No início dê-lhe a mão mas, permita que seja ela a apoiar-se e não o adulto a fazer força.	Educadoras, auxiliar, pais	3/4 a 15/6
Vira as folhas de um livro varias de cada vez	Virar as folhas de um livro uma de cada vez	Sente-se com a criança e dê-lhe livros para ver. Conte-lhe uma história e peça para ser ela a virar as folhas do livro. Coloque velcro nos cantos das paginas dos livros que a criança gosta mais, para ser mais fácil virá-las	Educadoras auxiliar pais	3 /4 a 15/6
	Enfiar contas grossas num fio*	Peça à criança para tirar uma bola Coloque o fio na mão direita da criança e a bola na esquerda Dê-lhe ajuda física e verbal e elogie o sucesso	Educadoras, auxiliar, terapeuta	3/4 a 15/6
Encaixa peças num tabuleiro	Enfiar pregos num tabuleiro de pregos*	Use o tabuleiro de madeira porque tem os buracos maiores Ajude a criança a agarrar os pregos e guie-lhe a mão para o tabuleiro Peça à criança para usar apenas os pregos de uma determinada cor Peça para os pôr ao lado de uns dos outros Elogie a criança	Educadora, auxiliar, terapeuta	3 /4 a 15/6
	Fazer labirintos*	Peça à criança para mudar os bonecos de um sitio para o outro dê-lhe instruções precisas Ponha um autocolante com um boneco e peça à criança para levar as peças ou bolas para junto do boneco. No início irá necessitar de ajuda física	Educadora, auxiliar, terapeuta	3 de Abril a 15 de Junho
Constrói uma torre com três cubos	Construir uma torre com cinco seis cubos	Coloque cinco cubos diante da criança peça-lhe que contrua uma torre, elogie a criança por cada cubo que colocar, oriente a sua mão, dê-lhe instruções verbais, faça com a criança jogos de empilhar livros caixas, peças de legos, deixe a criança desmanchar a torre como recompensa.	Educadoras, auxiliar	3 de Abril a 15 de Junho

Faz rabiscos na horizontal	Fazer rabiscos circulares	Guie a mão da criança em movimentos circulares Use o escantilhão com o círculo, ajude a criança a preenche-lo com movimentos circulares Use espuma de barbear ou digitinta para fazer estes movimentos, guie a mão da criança, diminua a ajuda de acordo com a resposta da criança	Educadoras auxiliar, pais	
----------------------------	---------------------------	--	---------------------------	--

Nota: Estes objectivos também estão a ser trabalhados pela terapeuta ocupacional

Quadro nº 1.4 - Área da cognição

Competência adquirida	Objectivo a adquirir	Actividade/estratégia	Intervenientes	Calendário
Faz o gesto de grande elevando os braços	Indicar objectos grandes e pequenos	Quando a criança está no tapete dos legos seleccione peças pequenas e peças grandes Use quatro peças pequenas e quatro peças grandes da mesma cor Junte as peças de acordo com o tamanho Peça à criança para ser ela a pôr as grandes para um lado e as pequenas do outro (exemplifique) Use bolas dos enfiamentos e peça à criança, para lhe dar as grandes, alterne no pedido e na posição das bolas	Mãe, educadoras, auxiliar	3 /4 a 15/6
Faz dominós, por vezes não conclui	Concluir as tarefas	Proponha jogos com uma ou duas crianças Incentive a criança a concluir as tarefas, por vezes é necessário escolher um canto mais calmo da sala Trabalhe numa mesa em que as outras crianças estão a desenvolver uma actividade semelhante Resista às solicitações da criança de escolher sucessivamente vários jogos sem concluir nenhum. Em casa procure fazer com que a criança conclua a tarefa.	Mãe, educadoras, auxiliar	3 /4 a 15/6
	Identificar atrás à frente.	Aproveite os momentos em que as crianças se organizam em comboio para dizer a Ana vai..à frente do Diogo.... o Diogo vai atrás da... Brinque com a criança ora colocando-a à sua frente ora atrás de si, vá verbalizando a situação	Educadoras, auxiliar	3 /4 a 15/6
	Fazer lotos de imagens	Proponha à criança fazer os lotos que estão na sala Primeiro dê-lhe as peças para ser ele a colocar no sitio indicado Deixe ser ele a escolher a imagem e a procurar fazer sozinho	Mãe, educadoras, auxiliar	3 /4 a 15/6
Reconhece as cores amarelo azul, vermelho, verde, laranja	Identificar as cores branco e preto	O Diogo já identifica a cor amarela, azul, vermelho, verde, laranja, vamos introduzir uma cor nova de cada vez, vamos começar pela cor preta: Agarre em três canetas e pergunte à criança para indicar as cores que vai nomeando “ qual é a caneta, vermelha, amarela, azul”? Use as canetas com as cores que a criança já conhece e introduza a cor preta, referindo que aquela cor é o preto, como as rodas dos carros, as peças dos legos, mostre os objectos que vai referindo à criança. Use o dominó das figuras geométricas com core e à medida que a criança vai procurando as peças, vá referindo as suas cores. No início do dominó pode dizer à criança vamos começar pela cor preta. Peça à criança para descobrir objectos das cores que já conhece Apresente duas canetas à criança e pergunte qual é a preta? Elogie as respostas correctas muito bem Dê uma alternativa à criança (isto é preto ou vermelho?). Vá introduzindo gradualmente a cor branca Continue a apelar à identificação das cores, associando-as às roupas, brinquedos etc....	Mãe, educadoras, auxiliar	3/4 a 15/6

Nota: Estes objectivos também estão a ser trabalhados pela terapeuta ocupacional

Quadro nº 1.5- Área da comunicação

Competência adquirida	Objectivo a adquirir	Actividade/estratégia	Intervenientes	Calendário
-----------------------	----------------------	-----------------------	----------------	------------

Usa o símbolo da água quando quer água.	Pedir um alimento através do recurso a um símbolo	Em casa a mãe deve colocar os símbolos na porta do frigorífico, quando vai dar a refeição à criança pergunte se ela quer um alimento ou outro mostrando o símbolo. Na escola acrescente mais símbolos no painel onde está o símbolo da água. Elogie a criança sempre que ela faça uma escolha	Mãe, educadoras	3 /4 a 15/6
Identifica acções através dos símbolos	Usar o caderno de símbolos para escolher a actividade que deseja fazer	Após a reunião no tapete e quando as crianças do grupo têm a oportunidade de escolher a actividade que vão fazer, apresentar ao Diogo o caderno de símbolos e pedir-lhe para apontar o que quer fazer, deixe a criança desfolhar o caderno. Ajude-o a ir buscar o material para a actividade que deseja fazer Elogie a criança por escolher	Educadoras auxiliar, mãe	3 /4 a 15/6
	Recorrer à tabela de símbolos da mesa do almoço para manifestar os seus desejos	Durante as refeições sempre que a criança, der sinais de que quer algo, diga-lhe para pedir através da tabela da mesa Verbalize o pedido da criança	Educadoras	3 /4 a 15/6
	Usar os símbolos Sim e não, como resposta às questões.	Introduzir os símbolos sim e não, opte por colocá-los no braço da criança com um elástico na mão direita o sim, na esquerda o não. Faça um jogo em que a criança tenha oportunidade de dizer sim e não	Educadoras	3 /4 a 15/6
	Usar um rolo com símbolos quando vai tomar o pequeno almoço com a mãe ao café	A criança quando vai ao café com a mãe costuma levar a mão à boca e a senhora já sabe que é água e uma torrada para o Diogo, pode ser usado um rolo em que o Diogo apenas tem três símbolos (água, torrada, olá), quando vai ao café com a mãe será aconselhável usar o rolo e pedir o que deseja apontando para os símbolos. É uma forma de sensibilizar a comunidade para o uso deste sistema de comunicação	Mãe	Final de Maio

5.2. Intervenção desenvolvida em contexto de Jardim-de-infância.

Com o intuito de atingir os objectivos que definimos no nosso plano de intervenção nomeadamente na área da comunicação, entendemos que seria necessário introduzir algumas alterações no ambiente da sala de aula. Dado que um dos nossos objectivos seria a introdução de um sistema alternativo e aumentativo de comunicação, acreditámos que a criança ao ter uma forma universal de comunicar com os outros, (embora usado por pequenos grupos, o sistema tem um código e está estruturado como uma forma de comunicação reconhecida), a criança vai aumentar a sua comunicação expressiva, sendo mais fácil a interacção com os seus pares e adultos, de modo a sentir-se realizada, compreendida e capaz de agir sobre o mundo.

Para ela será mais fácil organizar o pensamento tornando-se mais calma e mais disponível para as aprendizagens. No contexto em que se desenrolou a nossa intervenção as preocupações com a inclusão da criança no grupo e a interacção com os outros elementos do grupo estavam em primeiro plano. Era pois necessário sensibilizar o grupo para esta forma de comunicar para que à posteriori sejam as próprias crianças a interagir com o Diogo usando o sistema. Tal como acontece com a linguagem verbal, esta forma de comunicação aprende-se, usando-a em contexto natural. Com o uso repetido, as crianças vão sentir-se mais motivadas para usar o sistema. Esta sensibilização do grupo e da própria criança para o uso da comunicação através dos símbolos SPC, implicou que fossem tomadas algumas medidas de modo a adequar o espaço aos objectivos que propomos atingir. Assim:

- na sala identificaram-se todas as áreas com o símbolo SPC correspondente, associado ao nome da área que já existia escrito em letra de imprensa; marcaram-se todos os objectos com o símbolo SPC correspondente; colocou-se lateralmente num armário uma tabela com símbolos amovíveis que expressam necessidades básicas da criança para que ela possa tirar o símbolo, ir junto do adulto e comunicar o que necessita;
- na casa de banho a porta também foi identificada com o respectivo símbolo;
- no refeitório colocou-se na mesa onde a criança almoça, uma tabela com o vocabulário adequado ao momento da refeição para que a criança comunique com o adulto que lhe dá a refeição, ou peça aos adultos que servem o almoço o que necessita, podendo também comunicar com as outras crianças que estão na sua mesa.

Ainda em relação à área da comunicação introduzimos um caderno com símbolos em que a criança pode escolher as actividades que deseja fazer na sala.

De salientar que na nossa intervenção, privilegiámos um trabalho de parceria entre as duas educadoras para que existisse uma articulação entre os objectivos que se pretendia atingir com o grupo e os objectivos que se pretendiam atingir com o Diogo. As actividades desenvolvidas pela Diogo enquadravam-se nas actividades que o grupo estava a fazer naquele momento, embora com um nível de exigência diferente e com recurso a outros materiais. Não se fez nenhuma alteração significativa às rotinas e actividades desenvolvidas pelo grupo, apenas se introduziram algumas alterações no planeamento das mesmas para que fosse possível o Diogo participar ao seu nível. Este trabalho exigiu que as duas educadoras delineassem no final da semana o trabalho a desenvolver na semana seguinte, e reflectissem sobre a semana que estava a terminar, efectuando o registo num instrumento a que chamamos Folha de Programação/Intervenção e Reflexão semanal.

O Diogo desenvolveu actividades na área da expressão plástica (pintura, massa de cores, espuma de barba, corte e colagem, digitinta), jogos de mímica, história canções, brincadeira livre na área da casinha das bonecas e garagem, em que se pretendeu desenvolver a interacção da criança com os outros e participou nas saídas do grupo ao exterior.

Introduziu-se uma canção com suporte SPC que foi trabalhada por todo o grupo, do qual resultou, um momento lúdico e divertido para todo o grupo.

Adaptou-se uma história aos símbolos SPC, que também foi utilizada em contexto de grupo.

Para que houvesse um envolvimento de todos os intervenientes no processo, foi definido no programa de intervenção os objectivos e a actividade / estratégia para o atingir, para que houvesse uma coerência e uma homogeneidade entre todos os intervenientes, o que iria facilitar o processo de aprendizagem por parte da criança.

Sendo o Diogo uma criança que necessitava de actividades que estimulasse a atenção e concentração, optámos por trabalhar os jogos em contexto de pequeno grupo (uma duas crianças), para evitar a dispersão e ao mesmo tempo para a criança ter um modelo de referência. Já anteriormente tínhamos trabalhado os jogos em situação individual com o Diogo e num espaço contíguo à sala de aula, porque o seu nível de atenção não permitia desenvolver a actividade em contexto de grupo. Esta actividade ocorria normalmente no período da tarde em que a educadora de apoio estava presente, o que facilitava o trabalho em pequeno grupo, ou durante a manhã com a auxiliar ou com a educadora.

5.3. *Intervenção junto da família*

No enquadramento teórico referimos o nosso posicionamento quanto à importância do trabalho com a família na promoção do sucesso educativo destas crianças, através da síntese dos teóricos nesta temática.

Adoptámos nesta intervenção algumas estratégias de trabalho com a família que visaram:

- dar continuidade ao trabalho efectuado no Jardim de Infância;
- reforçar as potencialidades naturais da família;
- aumentar os conhecimentos da família para apoiar a criança.

Antes de iniciarmos a nossa intervenção realizámos uma reunião com a mãe do Diogo, onde estiveram presentes as duas educadoras (educadora do regular e educadora de apoio). Abordaram-se questões relativas aos progressos do Diogo e reflectiu-se sobre a intervenção que tem vindo a ser desenvolvida. Apresentámos a nossa proposta de intervenção, auscultámos a opinião da mãe sobre os objectivos que se pretendem atingir, havendo da nossa parte abertura para reformular alguns objectivos, caso fosse necessário.

Procurou-se sensibilizar a família para a continuidade da intervenção desenvolvida no Jardim de Infância, tendo sido elaboradas fichas de actividades práticas, possíveis de se enquadrar no quotidiano da família, com as quais se pretendeu a uniformização de critérios, manutenção e generalização das aquisições feitas. Entendemos que não era necessário fazer fichas para todos os objectivos. A mãe do Diogo vinha com frequência buscá-lo mais cedo e isso permitia-lhe observar a forma como se trabalhava com o Diogo. Muitas vezes observava sem ser vista, o que era aproveitado por nós para lhe explicarmos como intervir. A mãe do Diogo também está presente nas sessões com a Terapeuta Ocupacional que lhe dá indicações de como trabalhar os objectivos. Muitas vezes é a própria mãe que nos transmite o que a criança está a trabalhar nas sessões e nos refere os seus progressos. Solicitámos a colaboração da família na construção de materiais pedagógicos que foram (e estão a ser) utilizados pela criança (são exemplo as placas de madeira com desenhos, que têm como função contribuir para o controle motor, permitindo a possibilidade de desenhar com maior satisfação, que foram construídas pelo pai do Diogo. A mãe mostrou-se disponível para desenvolver em contexto familiar as estratégias que promovessem a utilização do Sistema Alternativo e Aumentativo de Comunicação, tendo-se disponibilizado para construir um caderno de comunicação do qual constam os símbolos das actividades que a criança desenvolve em casa.

Colocou no frigorífico os símbolos dos alimentos que a criança gosta e que na sua grande maioria estão dentro do frigorífico, para que a criança os pudesse pedir.

Na casa de banho e por cima do lavatório organizou-se a sequência de ensino da lavagem das mãos em símbolos e colou-se. Com esta actividade pretendeu-se trabalhar dois objectivos, a associação do símbolo à tarefa e auxiliar a criança a executar correctamente a tarefa.

Auscultamos a opinião da família sobre a funcionalidade das medidas tomadas e das reacções da criança.

Propusemos que a criança usasse um rolo onde estão afixados os símbolos de, “bom dia”, “olá”, “quero uma torrada s.f.f.”, “Obrigada”, quando vai ao café com os pais/mãe, visto ser hábito a criança ir ao café todos os fins de semana com os pais tomar o pequeno almoço. Esta proposta vem na sequência de uma conversa com a mãe em que foi referido que a criança tenta comunicar com a senhora do café, pedindo-lhe uma torrada e água. Uma criança que tem experiências agradáveis nas situações de comunicação sente-se mais confiante e segura para as

repetir sozinha, desenvolvendo, assim, a autonomia e auto-conceito. Através das suas experiências, em contexto natural, a criança vai aprendendo a comunicar e a interagir, desenvolvendo, como resposta comportamentos adequados às diversas solicitações que o ambiente lhe faz.

6. Reflexão/Avaliação da Intervenção

Ao implementarmos este projecto, partimos do pressuposto que todos os momentos da intervenção exigiam da nossa parte uma reflexão sobre a forma como as situações eram desenvolvidas e quais as reacções que a criança ia tendo e a sua evolução. Registávamos semanalmente a reflexão da semana e planificámos a semana seguinte em folhas construídas para o efeito. A planificação era dirigida ao grupo e definida em termos gerais. Os objectivos mais específicos que tinham que ser desenvolvidos com o Diogo enquadravam-se nessa planificação. Todo o trabalho tinha como referência o “currículo” adoptado para o grupo, o que permitiu que a criança da nossa intervenção participasse nas actividades do grupo embora a um nível diferente, tendo em conta as suas potencialidades e dificuldades. No período da tarde em que a educadora de apoio estava presente, eram usadas estratégias que tinham como recurso jogos de mesa (lotos e dominós), histórias, jogo do lencinho, expressão plástica (recorte/colagem, desenho, espuma de barba) privilegiando o trabalho em pequeno grupo.

Nestes momentos em que as duas educadoras estavam presentes organizavam-se as actividades de modo a que cada uma se responsabilizasse por desenvolver uma actividade com um grupo. Por norma a educadora da sala trabalhava noções matemáticas ou fichas com as crianças mais velhas do grupo e a educadora de apoio dinamizava um pequeno grupo, com jogos mais simples em que o Diogo se incluía, contava uma história na área da biblioteca, ou inclusivamente brincava na casinha das bonecas em que se pretendia promover a interacção do Diogo com as outras crianças e por vezes, fazia ainda alguma actividade de expressão plástica em que todos acabavam por participar. Esta planificação obedecia a alguma flexibilidade que é inerente às características do trabalho em Jardim de Infância.

Para que ao longo do tempo previsto para a intervenção fosse possível avaliar se os objectivos tinham ou não sido adquiridos registou-se numa grelha construída para o efeito (Quadro 3) o desempenho da criança ao longo das semanas de implementação do projecto.

Através da análise da grelha de registo de avaliação da criança, foi possível construir o Quadro nº 2 a partir do qual podemos constatar que dos objectivos trabalhados, a criança adquiriu, na área da autonomia três dos objectivos propostos, três estão em fase de aquisição, no objectivo de levar a colher à boca sem ajuda a criança está ainda dependente da ajuda do adulto, embora consiga levar a colher às vezes sozinha ainda precisa de ajuda do adulto. Na área da socialização a criança atingiu um dos quatro objectivos propostos; estão em fase de aquisição os outros três, porque a criança por vezes parece que atingiu o objectivo mas no outro dia já não é capaz de o cumprir, o que nos leva a dizer que ele está em fase de aquisição. Na área do desenvolvimento motor, a criança adquiriu quatro dos objectivos propostos, tendo dificuldade em dois objectivos que estão muito dependentes de competências a nível da motricidade fina que a criança ainda não domina, mas que são objectivos que com o treino, irão dar resultados dado que o Diogo é uma criança que se tem vindo a interessar progressivamente, aumentando o tempo de permanência nas actividades. Por outro lado quando iniciamos uma nova actividade, se a mesma desperta interesse no Diogo ele gosta de a repetir todos os dias, solicitando ao adulto a actividade, o que é benéfico porque o treino é um factor determinante na aquisição da competência.

Na área da cognição o Diogo adquiriu todos os objectivos com excepção do objectivo “concluir as tarefas”. Este objectivo para ser adquirido exige que o Diogo consiga estar mais concentrado nas tarefas e não se distraia facilmente. Por outro lado a sua permanência e a conclusão de uma actividade está dependente do seu interesse e da capacidade do adulto para o motivar. Contudo esta criança é muito persistente nas suas ideias. Todos os intervenientes no processo reconhecem que “tem momentos de muita irrequietude “e de desorganização que tem sido difícil de melhorar, para o qual contribui desfavoravelmente uma atitude de permissividade por parte da mãe e por vezes também da nossa parte. No entanto as nossas exigências tem tido um feed-back muito positivo, quer as que fazemos em relação ao comportamento do Diogo em contexto de sala, quer em relação ao que pedimos à mãe para fazer, que embora não aceite muito bem, a pouco e pouco tem vindo a ter uma atitude mais consistente e a ceder menos às birras que o Diogo faz.

Na área da comunicação o Diogo adquiriu os objectivos que propusemos no que diz respeito ao uso do caderno de comunicação em contexto de sala, e em contexto familiar. Mostrou receptividade à adaptação da canção em imagens SPC assim como o grupo. Contudo desejávamos ter ido mais longe e em Abril, solicitei à terapeuta da fala se seria possível avaliar a reacção do Diogo ao uso de um digitalizador, porque uma vez que a criança era capaz de apontar para um símbolo, o uso do digitalizador iria permitir que por exemplo quando o adulto conta uma história, a criança possa escolher o símbolo da história no digitalizador e participar de forma mais activa e mais motivante para ele e para os outros elementos do grupo. De facto o Diogo tem tempos de resposta diferentes do grupo e se os adultos o percebem nem sempre assim acontece com os colegas. Por outro lado, sentimos que o Diogo tinha alguma dificuldade em construir frases, porque quando recorre aos símbolos aponta mais para o símbolo do que quer ter ou fazer do que para os símbolos que lhe dão a frase completa. Se tivesse a possibilidade de ouvir a voz seria mais fácil realizar esta aprendizagem. De facto a equipa fez a avaliação e concordou com a proposta só que o processo para a aquisição de material é demorado por isso não foi possível adquiri-lo em tempo útil. Em relação ao próximo ano lectivo, esperamos que o Diogo possa contar com um digitalizador de oito entradas, um relógio, que irá permitir, organizar as histórias em sequências, e um outro aparelho apenas com a possibilidade de uma resposta. Este aparelho pode ser usado em jogos, ou para a criança participar numa história fazendo a voz de um animal ou dando uma resposta previamente gravada.

Através da entrevista à mãe da criança, conseguimos perceber o seu grau de satisfação em relação à intervenção desenvolvida com o Diogo, em relação à aquisição de novas competências, nomeadamente as relacionadas com a comunicação, quando diz que agora já consegue perceber o que ele quer.

Na entrevista com a educadora, é evidente a satisfação com os progressos alcançados pelo Diogo, o reconhecimento das vantagens para o grupo da inclusão de uma criança com esta problemática, nomeadamente no contributo para o desenvolvimento de valores nas crianças como seja a solidariedade e o respeito pelo outro. Podemos referir que esta criança foi bem aceite pelos pais das outras crianças que muitas vezes nos disseram que os filhos falam da criança em casa, contando os seus progressos, ou transmitiam-nos a sua percepção acerca do desenvolvimento da criança de forma muito positiva. Construimos com estas crianças e com estes pais uma atitude de abertura e de confiança em relação às capacidades das crianças com NEE e da própria escola em se adaptar e em fazer um trabalho positivo com todas as crianças.

Efectuamos a avaliação do nosso programa de intervenção em conjunto com a mãe, tendo sido elaborada uma ficha de avaliação.

Quadro nº 2 – Avaliação dos objectivos trabalhados

Área	Objectivo	Avaliação			
		Não faz	Faz c/ ajuda	Faz às vezes	Faz sozinho
Área da autonomia	Beber água por um copo que segura sozinho				15/5/01
	Mastigar alimentos semi-sólidos			X	
	Levar uma colher cheia à boca sem ajuda e alimentar-se		X		
	Controlar a baba			X	
	Calçar os sapatos				4/6/01
	Indicar a necessidade de mudar a fralda			X	
	Lavar as mãos identificando os passos da tarefa				18/5/01
Área da socialização	Estar sentado no tapete a ouvir uma história, em silêncio			X	
	Esperar pela sua vez			X	
	Ficar sentado no refeitório quando acaba de comer			X	
	Comportar-se de forma ajustada em espaços exteriores à escola				28/5/01
Área do des. motor	Levantar-se sozinho quando cai				4/6/01
	Virar as folhas de um livro uma de cada vez				21/5/01
	Enfiar contas grossas num fio		X		
	Enfiar pregos num tabuleiro de pregos			X	
	Fazer labirintos				1/6/01
	Construir uma torre com cinco seis cubos				14/5/01
	Fazer rabiscos circulares				21/5/01
Área da cognição	Identificar as cores branco e preto				12/6/01
	Concluir as tarefas			X	
	Fazer lotos de imagens				7/5/01
	Indicar objectos grandes e pequenos				18/4/01
	Indicar a trás à frente				17/5/01
Área da comunicação	Pedir alimentos através do recurso a um símbolo				23/4/01
	Usar o caderno de símbolos para escolher a actividade que deseja fazer				27/4/01
	Recorrer à tabela de símbolos na mesa do almoço para manifestar os seus desejos				21/5/01
	Usar os símbolos sim e não como resposta a perguntas	X			
	Usar um rolo com símbolos, quando vai tomar o pequeno almoço com os pais.			X	

7. Proposta de continuidade do projecto

Ao longo da intervenção foram implementadas algumas estratégias que tiveram os seus resultados positivos. Pensamos que é importante dar-lhes continuidade, o que nos permite avançar com algumas pistas para uma nova fase da intervenção. Estabelecemos contacto com uma equipa de técnicos especializados nesta área no final do mês de Junho que se comprometeu a fazer chegar à escola algum equipamento necessário para dar continuidade à implementação do SPC. Ficou estabelecido que no âmbito do trabalho a desenvolver com esta criança as duas educadoras iriam fazer uma formação em SPC mas com um módulo mais avançado. Solicitámos que nos fosse facultada uma visita a um Jardim de Infância em que existisse uma prática semelhante, para recolher ideias, para reflectir sobre a nossa prática tendo como referência um modelo de análise. Devemos apostar na adaptação de história porque a receptividade quer da criança quer do grupo é muito positiva, podendo usá-las para trabalhar conceitos e sensibilizar a criança à leitura e escrita.

A nível da interacção com o grupo, pensamos que seria importante, organizar os quadros das tarefas, que iriam contribuir quer para aumentar a interacção entre os elementos do grupo e criança, e ajudar a estruturar e organizar o pensamento através da visualização das rotinas e actividades desenvolvidas ao longo do dia .

O mesmo poderia ser feito em relação ao mapa dos dias da semana , tempo e presenças em que seriam usados os símbolos SPC em vez dos desenhos que se costumam fazer.

Uma vez que a sala já está identificada com símbolos SPC, seria oportuno identificar também toda a escola e os espaços exteriores.

Em relação a um suporte de símbolos para que o Diogo possa usar sempre consigo, para a qualquer momento poder usá-lo, a experiência diz-nos que o rolo não é tão eficaz como seria desejável, uma vez que a criança tem que o levar na mão, por isso seria indicado arranjar um fio com os vários símbolos presos em que a criança o pudesse pendurar ao pescoço ou prender no cinto das calças para que a qualquer momento possa entrar em comunicação, porque a estimulação da linguagem não se pode circunscrever a um processo em que um indivíduo inquire e o outro responde, é fundamental que existam trocas de informação entre dois ou mais indivíduos. À semelhança do que foi feito com a ida ao jardim zoológico em que se fez um mapa de comunicação deverão ser construídos mapas de acordo com as várias actividades que se desenvolvem no Jardim de Infância.

Em relação ao trabalho com a equipa do Centro Especializado, pensamos que é positivo que continue, lamentamos que não tenha havido maior articulação e que a equipa apesar de multidisciplinar se ficasse apenas pelas avaliações que cada técnico faz, desconhecendo o contexto em que a criança se insere. Defendemos que nestes casos é necessário que as equipas se desloquem aos espaços e que as propostas sejam feitas com base no contexto de interacção de cada criança.

CONCLUSÃO

Este projecto de intervenção circunscreveu-se ao trabalho desenvolvido em Jardim de Infância, onde se procurou promover a inclusão de uma criança com Paralisia Cerebral e sem comunicação oral.

Através da nossa intervenção procurámos encontrar novas soluções para as nossas práticas. Pretendeu-se não apenas introduzir elementos novos na intervenção, mas antes reflectir sobre a prática.

Tal como refere (Ainscow, Wang & Porter,1997) a existência de uma filosofia de escola inclusiva, pressupõe que a intervenção tenha o seu enfoque no currículo e não nas dificuldades da criança ou nas suas incapacidades, assim procurámos promover o desenvolvimento da criança do nosso grupo, através da selecção de estratégias/ actividades que eram desenvolvidas em contexto de grupo, pequeno grupo ou a pares. Nesta linha de pensamento a planificação era efectuada para o grupo como um todo, sendo, segundo Ainscow (1997), um factor de sucesso para o desenvolvimento de salas mais inclusivas.

A capacidade dos educadores de infância de modificarem os planos de trabalho e actividades, como resposta às necessidades das crianças, permite-lhes estarem mais abertos a uma prática inclusiva. O facto das duas educadoras trabalharem em conjunto no mesmo espaço, permitiu que desenvolvessem actividades em simultâneo, nas quais o grupo beneficiava da presença de mais um adulto, e noutras ocasiões se observassem e posteriormente reflectissem sobre a situação e o comportamento da criança/ grupo/ educador.

Os resultados obtidos mostram que esta criança apesar das suas limitações tem muitas potencialidades, embora por vezes os sucessos nos pareçam insignificantes. Temos que saber valorizar pequenos passos que nestes casos são grandes conquistas. Pensamos também que com este tipo de intervenção ninguém fica indiferente, nem os adultos que muitas vezes não acreditam nos percursos possíveis, nem as crianças que com certeza num futuro próximo irão construir uma sociedade mais solidária e mais justa em que o respeito pela diferença será uma realidade. Os pais foram parceiros importantes na intervenção, pela atitude de disponibilidade e abertura que sempre mantiveram com os técnicos do Jardim de Infância, sem o qual não seria possível realizarmos a nossa intervenção.

O próprio “currículo” da educação pré-escolar, é potenciador de uma abordagem inclusiva, na medida em que permite às crianças o desenvolvimento das actividades a vários níveis, em que cada uma se envolve e experimenta de acordo com as suas capacidades. A criança do nosso estudo não necessita necessariamente de um ensino diferente daquele que a educação pré-escolar de qualidade proporciona às outras crianças, mas precisa de mais tempo para as aprendizagens de um ensino directo, claro e organizado e de algum material de apoio específico, devido à especificidade do caso, para que tenha sucesso.

Consideramos que a existência de um quadro social/afectivo de resposta e aceitação e a promoção de parcerias entre pais e educadores são factores essenciais ao desenvolvimento de uma cultura de escola inclusiva. Temos consciência que haveria mais a dizer sobre as nossas práticas, porém aqui deixamos os primeiros passos para num futuro próximo continuarmos a investigar e a enriquecer as nossas práticas pedagógicas.

Referências bibliográficas

- Ainscow, M., Porter, G. & Wang, M. (1997). *Caminhos para as escolas inclusivas*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- Andrada, M^a da G. (1997, Fevereiro). Paralisia cerebral - O estado da arte no diagnóstico e intervenção. *Revista Medicina Física e de Reabilitação*, 5.
- Arends, R.I. (1995). *Aprender a ensinar*. Amadora: McGraw-Hill Portugal.
- Associação Portage (1994) *Guia de pais para a educação precoce*. Lisboa: DC Autor.
- Azevedo, M. (1994). *Teses, relatórios e trabalhos escolares. Sugestões para a estruturação da escrita*, (2^a ed). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Azevedo, L., Ferreira, M. & Ponte, M. (1999). *Inovação curricular na implementação de meios alternativos de comunicação em crianças com deficiência neuromotora grave*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Basil, C. (1995). Os alunos com paralisia cerebral: desenvolvimento e educação. In César Coll, Jesús Palacios & Alvaro Marchesi (Ed.). *Desenvolvimento Psicológico e Educação: Em Necessidades educativas especiais e aprendizagem escolar*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda. (Trabalho original em espanhol publicado em 1993)
- Bautista, R. (Ed). (1997). *Necessidades educativas especiais*. Lisboa: Dinalivro (Trabalho original em espanhol publicado em 1993).
- Bobaty, B. & Bobath, K. (1976). *Desarrollo motor en distintos tipos de parálisis cerebral*. Buenos Aires: Panamerica.
- Cahuzac, M. (1985). *El niño con enfermedad motriz de origem cerebral*. Buenos Aires: Panamerica.
- Estrela, A. (1986). *Teoria e prática de observação de classes* (2^a ed.). Lisboa: Instituto Nacional de Investigação Científica.
- Hagberg, B., Hagberg, G., Olow, I. (1982). Gains and Hazards of Intensive Neonatal Care. *Analysis from Swedish Cerebral Palsy Epidemiology. Med. Child Neurol*, 24 : 13-19.
- Heinsleig, P.A., Fainstat, T., Spencer, R. (1986). Perinatal Events and Cerebral Palsy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 154, 978-981.
- Levene, M., Dowling, S., Graham, M., Fogelman, K., Galton, M., Philips, M. (1992). Impaired Motor Function (clumsiness) in 5 years old children: Corretion with Neonatal Ultrasound Scans. *Archives Dieases of Childhood*, 67, 687-690.
- Marchesi A, Martín E (1995). Da terminologia do Distúrbio às necessidades educacionais especiais. In César Coll, Jesús Palacios, Alvaro Marchesi (Ed.). *Desenvolvimento Psicológico e Educação: Vol.III. Necessidades educativa especiais e aprendizagem escolar*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda. (trabalho original publicado em 1993)
- Nielsen, L.M (1999). *Necessidades Educativas Especiais na Sala de Aula*. Porto: Porto Editora. (trabalho original em inglês, publicado em 1991).
- Pereira, F. (1998). *As representações dos professores de educação especial e as necessidades das famílias* (2^a ed.). Lisboa : Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Stake, R. E. (1998). *Investigación com estudio de casos*. Madrid: Ediciones Morata (trabalho original em inglês, publicado em 1995).
- UNESCO (1994). *Declaração de Salamanca e enquadramento da acção na área das Necessidades educativas especiais.. Conferência sobre Necessidades Educativa Especiais: acesso e qualidade*. Paris: Edições UNESCO
- Vieira, F. & Pereira, M. (1996). «*Se houvera quem me ensinara quem aprendia era Eu...*». Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Amélia Santos e Isabel Sanches, 2004