



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

Centro de Estimulação e Recreação da Criança
Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.

Glauber Acunha Gonçalves

Luciana Baldino Lages

Maria Gorethe Miranda

*Núcleo de Estudos em Administração e Saúde
Pública NEAS/FURG*

Cesar Francisco da Silva Costa

Helena Vaghetti

Jaime Bech Nappi

Rio Grande, agosto/2002

SUMÁRIO

I. Introdução	03
II. Objetivos	08
2.1. Objetivo Geral	08
2.2. Objetivos Específicos	08
III. Metodologia	10
3.1. O Centro	10
3.2. Os Usuários dos Serviços do Centro	10
3.3. Os Profissionais que Prestarão Serviço no Centro	11
3.4. Outros Participantes do Centro	12
3.5. O Atendimento no Centro	12
3.6. O Fluxograma do Centro	15
IV. Reflexões sobre as Principais Atividades do Centro	16
4.1. A Educação em Saúde / Ações Educativas	16
4.2. A Estimulação Precoce	17
V. Cronograma de Execução do Centro	22
VI. Orçamento	23
VII. Referências	24
Anexo 1 – Concepção Física do Centro	27

I. INTRODUÇÃO



O relatório da Situação Mundial da Infância, publicado e distribuído pelo UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) [Unicef, 2001], anualmente, no Brasil e em muitas nações do mundo, mostra que indicadores sociais adquirem valor ainda maior quando estudados no âmbito de sociedades como a brasileira que, além de desigual, raramente assume compromissos com os menos favorecidos, que nascem ou adquirem qualquer modalidade de deficiência. Dados estaremcedores indicam que 80% das pessoas que não falam, não ouvem, não enxergam, e têm seu intelecto ou desenvolvimento motor comprometido vivem em países como o nosso, e que 98% dessas, sendo 1/3 de crianças, são totalmente negligenciadas.

No Brasil, as crianças, com transtornos do desenvolvimento, têm seu diagnóstico elucidado tardiamente e, na maioria dos casos, são ineficientemente tratadas. Suas famílias, igualmente, encontram-se, muitas vezes, desinformadas e não vêem expectativas positivas em relação ao futuro dessas crianças. Assim, se inicia uma peregrinação por médicos e instituições filantrópicas especiais, geralmente carentes de recursos estruturais e humanos adequados, para assistir, entender e acolher essa família e seu novo integrante.

Vale ressaltar, que o Ministério da Justiça, através de propagandas divulgadas nacionalmente, busca contrariar os dados expostos acima, quando enfatiza a necessidade da igualdade de oportunidades para todos, sem, entretanto, apresentar medidas estruturais suficientes, para alterar a realidade dos sujeitos com restrições físicas e/ou mentais.

Uma consulta, à base de dados sobre nascidos vivos do Ministério da Saúde, mostra que na cidade do Rio

Portadora de síndrome de Down, a adolescente Mariana é a personagem principal de uma propaganda veiculada na TV que desperta a atenção para o problema e combate preconceitos. Garçonete da TGI Fridays, Rio de Janeiro, Mariana circula com bandejas e bloco de anotações pelo ambiente, sob o olhar desconfiado dos clientes. De repente, ouve-se o barulho de pratos caindo. As atenções concentram-se na adolescente, mas a desastrada foi outra funcionária. Em off, uma voz constata: "Você também acabou de cometer um erro. Quem tem síndrome de Down pode mais do que você imagina."

Grande, das cerca de 3500 crianças, que nasceram nos últimos anos, 10% apresentaram exigências especiais, demandando atenção dos profissionais de saúde de nossos hospitais. Ainda, segundo estimativas não publicadas oficialmente, 6% daquele total requerem internação em Unidade de Tratamento Intensivo - são crianças com peso ao nascimento abaixo de 2,5 Kg, portadoras de patologias congênitas, anomalias cromossômicas e genéticas, entre tantos casos, em diversos graus de gravidade e com evidente influência em seu futuro próximo e vida adulta.

Acima de quaisquer considerações acerca de seu estado geral de saúde, essas crianças podem ter o déficit no seu desenvolvimento previsto e diagnosticado detalhada e precocemente, que será tanto mais grave quanto piores as condições econômicas e culturais das famílias que as acolherão.



Meu Amigo Down
(Claudia Werneck, 1994)

A Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down publicou um estudo sobre o “Perfil das Percepções sobre as Pessoas com Síndrome de Down e do seu Atendimento: Aspectos Qualitativos e Quantitativos” [FBASD, 2000]. Trata-se de uma pesquisa que envolveu cerca de 300 profissionais e 450 pais de crianças e que

traçou o quadro absoluto da situação dos trissômicos no país. O estudo mostra, entre outros, dados claros da excelência dos serviços disponíveis a uma minoria, nos grandes centros, e das dificuldades de acesso ao atendimento de saúde e educação da maioria. Exames básicos e simples, importantes para manutenção da qualidade de vida das crianças sindrômicas como dosagem de hormônios da tireóide, hemogramas, exames para detecção de alergias, radiografias e ecografias específicas, são acessíveis, na média, para menos de 30% da demanda. Serviços ainda mais especializados, fundamentais para o desenvolvimento das crianças, como estimulação precoce, auxílio fonoaudiológico, terapias ocupacionais, auxílio psicoeducacionais, podem ser considerados verdadeiros privilégios de pessoas, cuja condição sócioeconômica permite altos investimentos, ou verdadeiros exercícios de espera por uma vaga, quando são oferecidos por organismos filantrópicos ou públicos.

Um grupo de alunas do curso de Enfermagem da Fundação Universidade

Federal do Rio Grande (FURG), sob orientação da Enf. Giovana Calcagno Gomes, publicou “Construindo um Processo Educativo Junto a Famílias de Crianças com Síndrome de Down”, [Gomes, 2000], mostrando a forma inadequada na transmissão do diagnóstico às famílias e no tratamento dessas crianças. Na quase totalidade, as famílias, sem qualquer orientação formal, resignam-se a uma realidade imponderável, aparentemente não modificável, de poucas possibilidades.



Dos contatos com profissionais que atuam nessa área na cidade do Rio Grande, especificamente na APAE (Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais), surge ainda importante informação acerca das poucas vagas disponíveis para as crianças e da dificuldade em convencer pais e familiares da importância do início precoce do tratamento. Ainda é conhecido que o processo de inclusão das crianças oriundas da instituição é bastante complexo nas escolas da região e ainda embrionário.

Realidade diametralmente oposta é a que encontramos em países como o Canadá, os EUA, a Espanha e a Itália, somente para citar os que estabelecem o estado da arte do tratamento de casos afins. São exemplos dessa excelência, projetos específicos como o Projeto Roma, desenvolvido em conjunto pela Universidade de Málaga e o Serviço Neuropsicopedagógico do Hospital Menino Jesus de Roma. Com base nos estudos realizados por essas instituições, as famílias são orientadas e educadas por grupos interdisciplinares, para tratar seus filhos com qualquer tipo de deficiência, fazendo com que a criança supere barreiras até então tidas como intransponíveis, dadas suas características congênitas. Adeptos dessa metodologia já ganham o mundo como em Mendoza (Argentina), Belo Horizonte (Brasil), Guadalajara (México) e em La Habana (Cuba).



É direito incondicional da criança ser agente de seu próprio

desenvolvimento e esse se refere, prioritariamente, às condições de convívio familiar e comunitário, além de um conjunto de ações nas áreas de saúde, educação e assistência social que visam protegê-la e cuidá-la em seus primeiros anos de vida. Algumas variáveis contribuem decisivamente para o desenvolvimento da criança, como marcas significantes que recebe ao longo dos primeiros anos de vida: a idade e a escolaridade de seus pais, o aleitamento materno efetivo e as vacinas, entre outros. Investir na potencialização dessas variáveis é fator inegável, pois, possuem garantia de retorno já fartamente estudados e publicados. O UNICEF apresenta dados de uma pesquisa realizada nos Estados Unidos, citada em detalhes na seqüência, de que a cada US\$ 1,00 investido na saúde e educação das crianças retornam US\$ 7,00 aos cofres públicos. Quando portadoras de necessidades especiais, as crianças vão demandar ainda mais dos poucos serviços públicos de atendimento especializado e elas têm esse direito garantido, segundo o artigo 11 do Estatuto da Criança e do Adolescente.

**Estatuto da
Criança e do
Adolescente**

Brasil
Lei 8069/90

Diante do exposto e sensibilizados pela insuficiente atenção às crianças com transtornos no desenvolvimento em nossa região, um grupo de profissionais de diversas áreas do conhecimento, ligados à Universidade, motivados pela necessidade de melhoria da qualidade de vida dessas crianças, empreenderam a montagem do projeto ora apresentado.

Busca-se, então, a formação, de um serviço infantil, na forma de um Centro de Estimulação e Recreação, que proporcione aos recém nascidos, até seu terceiro ano de vida, do município do Rio Grande, a potencialização do seu desenvolvimento e o tratamento de seus transtornos, através da estimulação e da estimulação precoce.



A aplicação deste projeto dar-se-á junto ao Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU), da FURG, pois, oferecer um serviço com tal abrangência, sem dúvida, consolida o Hospital

Universitário como referência em tal recurso, repercutindo sua condição de Hospital Amigo da Criança e gerando oportunidades únicas de ensino, pesquisa e

extensão universitárias nas áreas de saúde e educação.

A seguir, apresentaremos os objetivos do projeto, sua metodologia, algumas considerações sobre o tema, bem como, seu cronograma de execução e orçamento.

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Proporcionar aos recém-nascidos, do município do Rio Grande, até seu terceiro ano de vida, um serviço de atenção infantil, na forma de um Centro de estimulação e Recreação, que enfatize a estimulação e a estimulação precoce, como um dos recursos na potencialização do desenvolvimento e no tratamento dos transtornos diagnosticados, das crianças envolvidas.

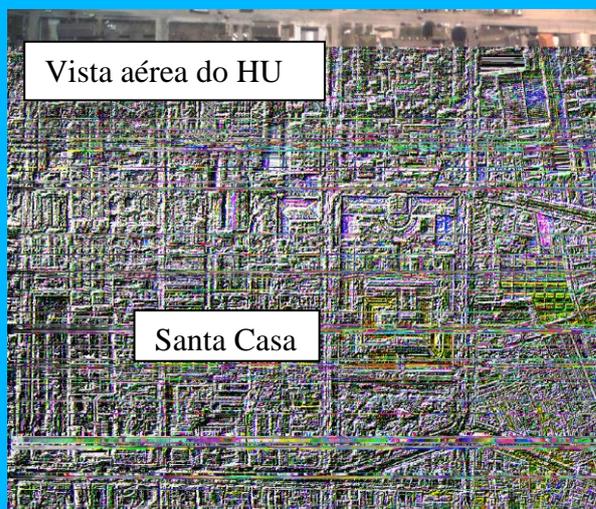
2.2. Objetivos Específicos

- Adequar um espaço físico para operacionalização do serviço de atenção infantil;
- Viabilizar recursos humanos para operacionalização do serviço de atenção infantil;
- Orientar as famílias de recém-nascidos quanto à importância da estimulação para o desenvolvimento infantil;
- Orientar as famílias de recém-nascidos com transtornos do desenvolvimento diagnosticados, nos aspectos de atendimento e entendimento de suas necessidades (orgânicas, psíquicas, sociais);
- Receber as crianças com transtornos do desenvolvimento diagnosticados, para sessões de estimulação precoce;
- Facilitar, através da estimulação precoce oferecida, a organização das relações mãe-filho e todas as relações parentais;
- Orientar os profissionais de saúde sobre a necessidade do diagnóstico precoce dos transtornos do desenvolvimento infantil e da forma individualizada e humanizada necessárias para comunicar este diagnóstico às famílias e quanto aos canais de atendimento a essas crianças;
- Tornar o Hospital Universitário referência em estimulação e estimulação precoce de crianças de zero a três anos.
- Estimular projetos de pesquisa e intercâmbio institucional na área de estimulação e estimulação precoce;

- Oferecer um local de estágio para pessoas interessadas no tema;
- Formar recursos humanos da área da saúde e educação para que atuem como multiplicadores da cultura de estimulação e estimulação precoce de crianças.

III. METODOLOGIA

3.1. O Centro



O Centro será um espaço de orientação e ação transformadora, coerente com a missão do Hospital Universitário¹, fundamentado no conhecimento da estimulação e da estimulação precoce, para garantia da qualidade de vida e oportunidade de desenvolvimento às crianças de zero a três anos. Demandará sistematizar e efetivar um grupo interdisciplinar

junto ao Hospital Universitário, provisionado por órgãos públicos, com participação e patrocínio de empresas, que invistam social e economicamente no projeto.

Esse espaço será implantado em área com capacidade de comportar a planta física exposta no ANEXO 1.

O Centro deverá ser equipado com material específico para estimulação precoce como brinquedos, jogos educativos, colchonetes, espelhos, bolas e rolos, conforme detalhamento no orçamento apresentado no item VI, à página 16.

O Centro de Estimulação e Recreação receberá o nome fantasia de CER CRIANÇA e terá um logotipo que o personalizará.

3.2. Os Usuários dos Serviços do Centro

Os usuários dos serviços do centro serão as gestantes e seus companheiros participantes dos programas de pré-natal da comunidade rio-grandina e as crianças de zero a três anos e seus familiares ou responsáveis.

A inserção dos usuários no centro se dará de forma direta e indireta.

¹ Missão do HU: “Prestar serviços de atenção à saúde, formar recursos humanos para a rede de saúde e desenvolver pesquisa biomédica para a população em geral da Região Sul do estado do RS, com qualidade, testando e implantando novas tecnologias, contribuindo para a melhoria da vida das pessoas e para a cidadania.” (Pias, 2001)



Indiretamente, as gestantes e seus companheiros participantes dos programas de pré-natal serão envolvidos através de ações educativas divulgadas pelo centro a agentes de saúde da comunidade. Esses agentes serão qualificados por cursos específicos que os habilitará a esclarecer essas gestantes da importância da estimulação e da existência do centro.

Diretamente, as crianças, desde o seu nascimento, até o seu terceiro ano de vida, juntamente com seus familiares, participarão de atividades que envolverão palestras motivadoras, a estimulação precoce propriamente dita e a formação de grupos de apoio.

3.3. Os Profissionais que Prestarão Serviços no Centro

Os profissionais serão aqueles contratados exclusivamente para cumprir suas atividades junto ao Centro e os que prestarão serviços por meio do próprio Hospital Universitário.

Um pediatra, um psicólogo, um enfermeiro, um assistente social e um estimulador (psicomotricista) comporão o quadro fixo do Centro e terão jornada de trabalho semanal estabelecida de acordo com a sua demanda específica. Também será requerido um auxiliar administrativo para recepção, agendamentos, cadastro e demais atividades vinculadas ao cargo. O Centro e os especialistas que fazem parte do corpo clínico do HU estabelecerão entre si uma relação de referência e contra-referência no atendimento das crianças. Assim, deverão ser providas condições de atendimento ambulatorial, pelos diversos médicos, das crianças encaminhadas para avaliação pelo Centro e vice-versa.



Os especialistas acima referidos serão neurologistas, otorrinolaringologistas, oftalmologistas, pneumologistas, enterogas-trologistas, traumatologistas, geneticistas, endocrinologistas, urologistas, cardiologistas, cirurgiões pediátricos, entre outros. O Centro requererá, ainda, outros serviços técnicos, como o de nutricionistas e fonoaudiólogos, disponíveis no HU.

Apesar das múltiplas diferenças individuais, seja de construção pessoal e/ou profissional dos trabalhadores de uma instituição de saúde, a comunidade que busca seus serviços, nesse caso específico, as gestantes, seus companheiros e as crianças de zero a três anos, seus familiares e/ou responsáveis, não pode ficar a mercê da operacionalização de diferentes valores ou da falta desses, por parte daqueles em que deposita sua confiança e, quem sabe, sua esperança. Atitudes díspares e descomprometidas com os objetivos do Centro podem colocar em risco a vida e o cuidado de quem anseia por proteção e recuperação da saúde.

Assim, o Centro pretende desenvolver suas atividades pautadas pelo pensamento ético e pelo respeito ao ser humano, para que a confiança, o afeto, a aceitação das diferenças individuais e a estética possam aflorar nessa relação.

3.4. Outros Participantes do Centro

Como o Centro objetiva, entre outros, fornecer um local de estágio para pessoas interessadas no tema e formar recursos humanos da área da saúde e educação, para que atuem como multiplicadores da cultura de estimulação e estimulação precoce de crianças, esse espaço envolverá acadêmicos da FURG, pesquisadores, extensionistas e voluntários.

O Regimento, a ser elaborado oportunamente, também contemplará a participação no Centro de representantes da comunidade e outras instituições que possuam atividades afins, entre elas, a Prefeitura Municipal, a APAE e a AMAR, propiciando uma gestão coletiva do mesmo.

3.5. O Atendimento no Centro

O conjunto das atividades do Centro podem ser classificadas em dois grandes grupos, um de característica descentralizada e outro centralizada. As

principais atividades descentralizadas são ações educativas, na forma de educação em saúde², e compreendem àquelas efetuadas fora da sede do Centro, como as orientações às gestantes, cursos de qualificação a profissionais da rede pública e outros, distribuição de material informativo e palestras.



As atividades fixas ao espaço do Centro serão aquelas destinadas ao atendimento das crianças envolvidas e seus familiares e englobarão as sessões de estimulação precoce propriamente dita, com a participação dos profissionais efetivos. As sessões constarão de atendimento individual à criança, com a presença dos pais, em no mínimo duas sessões semanais de 45 minutos. As considerações acerca da estimulação precoce e sua aplicabilidade estarão dispostas em “A Estimulação Precoce”, à página 13 deste projeto.

O Centro estará capacitado para atender crianças procedentes de outras instituições, que serão acolhidas com seus familiares.

Haverá um registro geral das crianças assistidas e um comprometimento dos responsáveis para comparecimento regular às sessões. Aspectos motivacionais também serão alvo de análise específica, a fim de garantir a continuidade do atendimento nas mais difíceis condições.

Igualmente, será preocupação do Centro orientações quanto à consolidação do estímulo ao aleitamento materno e controle das vacinas, além de outros fatores que estiverem relacionados com a saúde plena das crianças.

Outras atividades a serem executadas pelo centro serão:

- Desenvolvimento de um processo de comunicação social que vise:
 - à informação de profissionais, pais e comunidade em geral da existência do Centro;
 - à geração de publicações com texto conciso e interessante, com produção gráfica apurada, expressando necessidades, atitudes, orientações sobre o

² A educação em saúde/ações educativas serão brevemente discutidas à página 17.

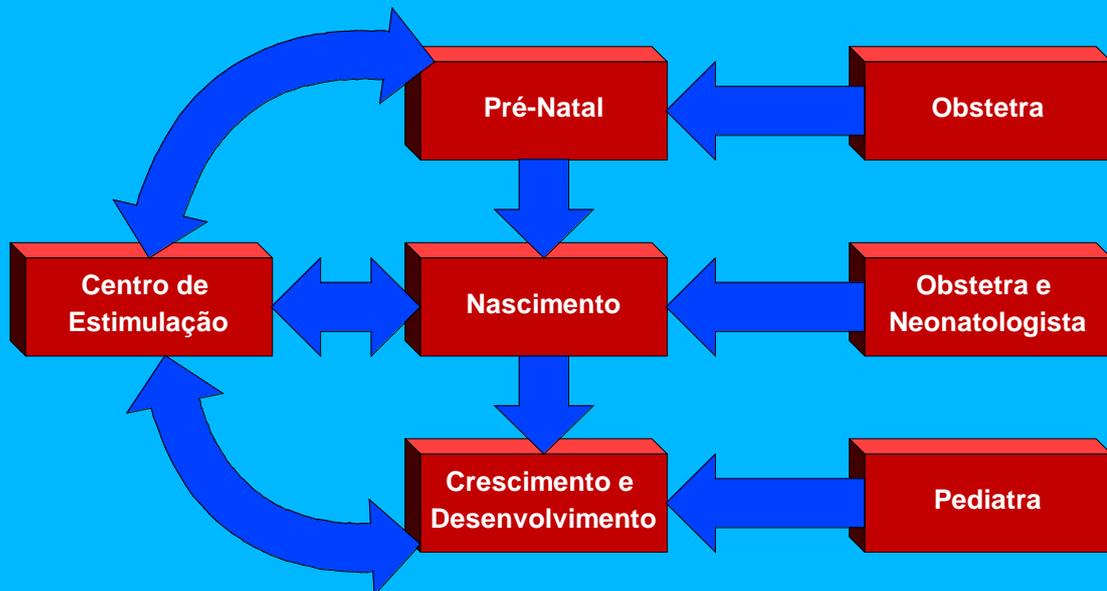
desenvolvimento das crianças;

- à promoção de cursos, encontros, seminários, na própria instituição e fora dela, nas Associações e Centros Comunitários, para pais e familiares interessados, cujo conteúdo programático esteja fundamentado nas atividades do Centro, especificamente, na importância da estimulação desde a gestação, na primeira infância, a relação mãe-bebê e parental, processos de estimulação, etc;
- Promoção de educação continuada aos profissionais da área de saúde e educação envolvidos no trabalho do Centro;
- Formação de uma equipe de acolhimento que assistirá às famílias imediatamente após o nascimento de criança prematura, ou a termo, que necessitem de internação hospitalar, ou no caso de diagnósticos diversos imediatos, que exijam cuidados especiais;
- Criação de programas para pesquisa e intercâmbio com agentes e entidades que prestem serviços em áreas afins e/ou complementares, em nível regional, e fomentar a assinatura de convênios e o cadastramento de patrocinadores da comunidade.
- Disponibilização de acervo bibliográfico sobre o tema junto ao Núcleo de Informação e Documentação da FURG, para subsídio dos profissionais da área;
- Residência, junto ao Servidor Central do Centro de Processamento de Dados da FURG, de uma página virtual para consulta pela Internet sobre as atividades do Centro e material de referência para subsídio aos profissionais da área.



3.6. Fluxograma do Centro

A fluxograma abaixo ilustra o sistema de referência e contra-referência do atendimento do Centro.



IV. REFLEXÕES SOBRE AS PRINCIPAIS ATIVIDADES DO CENTRO

4.1. A Educação em Saúde/Ações Educativas

A educação pode ser entendida como um processo através do qual o homem busca a superação de suas restrições, podendo prepará-lo para a crítica, possibilitando que escolha seu caminho e reflita sobre seu ambiente concreto. Dessa forma, descobrir-se-á como sujeito plenamente consciente, comprometido e fortalecido a intervir na sua realidade para mudá-la. Assim, o homem passa a desenvolver uma postura de questionamento, graças a qual ele escolhe e decide, além de examinar seus atos diários cumpridos por rotina, tradição e, muitas vezes, de maneira inconsciente. “Educando-se, o homem é homem, se faz, aparece, trabalha, se torna reconhecido e deixa impresso a marca de sua passagem” (Freire, 1980, p. 45).

A educação em saúde objetiva provocar transformações na realidade de saúde-doença. Essas transformações ocorrem através de ações educativas de saúde, entendidas nesse contexto, como aquelas dirigidas às necessidades do sujeito em questão. Assim, a educação deve estar voltada para o homem dentro de seu contexto e valer-se desse para operacionalizar o processo educativo em saúde, devendo contemplar a experiência individual de estar doente ou ser saudável, a fim de que essa vivência oportunize formas de reflexão e construção do sujeito.

A educação para a saúde deve ser planejada e visualizada sob uma ótica seqüencial, em que o indivíduo não seja educado ora para promover, proteger e recuperar sua saúde, ora para curar sua doença. Na saúde, a educação é contínua e toda a oportunidade de encontro com os sujeitos/família/comunidade é o momento de averiguar necessidades e projetar ações educativas. Entretanto, deve-se ter o cuidado para que as atividades educacionais não sejam meramente reproduzidas, nem tampouco inculcadas; elas devem sim, emergir da vida e das experiências individuais e/ou coletivas a fim de que seus resultados sejam consagrados na prática.

O educador em saúde precisa ser competente, refletindo o que faz e para que faz, testemunhando seu gosto pela vida e pelo trabalho, além de reconhecer que no processo educativo, o que favorece a mudança desejada é o desafio em

criar oportunidades de experiências. O profissional deve ter o entendimento da educação como um exercício constante em favor da produção e do desenvolvimento da autonomia tanto do educador como do educando.

Com as idéias exposta acima, os profissionais do Centro pretendem organizar suas ações educativas, voltadas às gestantes, seus companheiros e familiares e/ou responsáveis das crianças de zero a três com transtornos.

4.2. A Estimulação Precoce

São claras as evidências científicas de que os primeiros anos de vida são particularmente importantes para o desenvolvimento da criança e representam oportunidades significativas para seu crescimento. A primeira infância, desde a gestação, é a fase mais crítica da pessoa no que diz respeito ao seu desenvolvimento biológico, cognitivo, psíquico e social.



Das células do cérebro, 90% são formadas antes do nascimento e nos sete anos seguintes ao nascimento, e trilhões de conexões entre os neurônios – as chamadas sinapses – acontecem logo depois do nascimento. Esse desenvolvimento cerebral é extremamente suscetível às influências do ambiente onde a criança vive. As primeiras vivências e a nutrição, entre vários outros fatores, têm um impacto duradouro e crucial.

Se o aspecto orgânico é fundamental no ser humano, o aspecto psíquico não pode ser negligenciado. Um bom aparelho locomotor não dá ao sujeito qualidade de escolher para onde ir. Um bom sistema fonoarticulatório e auditivo também não determina sua condição de bem comunicar-se. A riqueza de um ser humano está na sua capacidade de desejar, vibrar, encantar e cativar.

Existem ainda os "períodos críticos" do desenvolvimento, que dizem respeito à sua capacidade de observar, adquirir linguagem e aprender. Apesar de cada um ser capaz de compensar as oportunidades perdidas, os efeitos acumulados de condições precárias, incluir aqui todos os sentidos do termo, na primeira infância podem ter conseqüências trágicas para indivíduos e sociedades.

Atividades simples devem ser continuamente desenvolvidas pelos pais, pelos familiares, pelos profissionais, pelos profissionais de saúde e por todas as

peças que lidam com crianças em seus primeiros anos de vida, bem como a interação interpessoal deve ser rica e significativa.



De maneira geral, a hipoestimulação, ou seja, a pobreza de estímulos sensoriais e afetivos, causa a diminuição da capacidade intelectual e da relação social, vindo a diminuir seu crescimento como sujeito, causando-lhe a sensação de degradação e frustração. Transportando tudo isso para uma criança com patologia, significará um transtorno ainda maior, limitando substancialmente sua vida.

A Intervenção ou estimulação precoce se aplica a crianças em que são diagnosticados sintomas, ou risco de condição, de dificuldades no seu desenvolvimento. Consiste na provisão de serviços às crianças e suas famílias, organizando as relações após o impacto do diagnóstico, com a finalidade de minorar os efeitos dessas condições. É ao mesmo tempo medicinal e educativa, de natureza preventiva ou remediadora, atuando sobre problemas pré-existentes ou prevenindo a ocorrência destes.

Programas de intervenção precoce podem estar inseridos em centros específicos, em hospitais ou na própria casa dos pacientes, ou em qualquer combinação entre eles. Pode começar a qualquer momento da vida criança entre nascimento e a idade escolar. Há indicações para que comece o mais cedo possível, nos primeiros dias de vida, com atividades que visem desenvolver a criança e prover apoio e ajuda à família.

Serviços de intervenção precoce também têm um impacto significativo nos pais e irmãos de uma criança com qualquer disfunção. A família de um bebê especial sente freqüentemente decepção, isolamento social e tensão, somados à frustração e desamparo, condições essas que afetam o bem-estar da família e interferem no desenvolvimento da criança. A Intervenção precoce resulta em pais que têm atitudes mais adequadas com seus filhos, maior conhecimento de suas

peculiaridades, melhor preparo para ensiná-los, e maior disponibilidade para convívio com os mesmos.

Outra razão para estimular cedo é que a sociedade colherá benefícios, uma vez que os ganhos de desenvolvimento da criança revertem em uma redução da dependência de instituições sociais. A habilidade aumentada da família para convívio com sua criança especial, e a elegibilidade do futuro jovem ou adulto para o trabalho e a produção nas mais diversas áreas, provêm benefícios econômicos e sociais incontestáveis.

Depois de quase 50 anos de pesquisa, há evidências quantitativas (banco de dados) e qualitativas (relatórios de pais e professores) de que quanto mais precoce a intervenção maiores os ganhos no desenvolvimento da saúde e educação da criança, melhorando a estrutura da família, permitindo benefícios para sociedade.

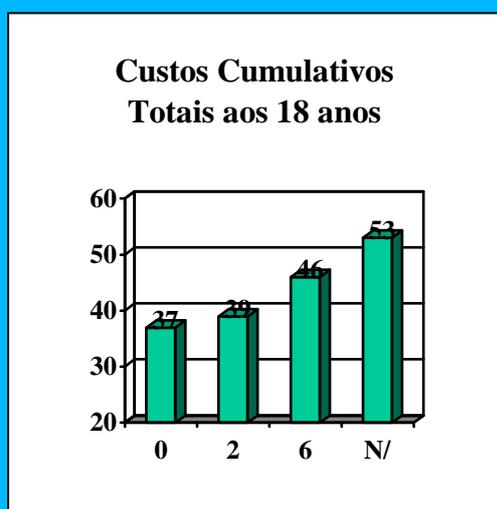
A Intervenção precoce mostra resultados concretos na criança como menor necessidade de educação especial e serviços de reabilitação ao longo da vida, melhor desempenho nos processos educacionais convencionais e, em alguns casos, diferenças praticamente indistinguíveis de colegas de mesma idade, porém sem patologias.

Dados publicados sobre um grupo de crianças com algum déficit que participaram no Projeto Pré-escolar Ypsilanti Perry, do Departamento de Educação do Governo Americano, mostraram ganhos significativos numa análise de 19 anos [Berrueta-clemente et al., 1984]. Essas crianças foram motivadas e mantiveram-se no processo educacional até mais tarde e muitos deles concluíram a educação secundária. Alguns engajaram em programas pós-secundários (ensino técnico) e de emprego. Comparando com crianças que não freqüentaram o programa na mesma época, houve ganho significativo. Todos obtiveram melhores índices de leitura, aritmética, e domínio do idioma em testes de todos os níveis; mostraram uma redução de 50% na necessidade de acompanhamento especial ao fim de escola secundária; e foram registrados menores níveis de comportamentos anti-sociais ou delinqüentes fora de escola. Karnes (1983) afirma ainda que a detecção de talentos específicos em cada uma destas crianças pode ser feita precocemente e a adequação de programas é indicada para obtenção de resultados tão promissores.

Os dados disponíveis enfatizam a ótima relação custo-benefício a longo

prazo da intervenção precoce. Os serviços altamente especializados dos processos inclusivos, necessário para produzir os ganhos desejados no desenvolvimento, são freqüentemente maiores, em uma base de curto prazo, quando comparados aos serviços assistenciais tradicionais. Porém, há exemplos significativos de ganhos de custo a médio e longo prazo, resultantes de tais programas de intervenção precoce.

O já citado estudo realizado pelo Governo dos EUA na Escola pré-primária Perry [Schweinhart e Weikart, 1980] determinou que quando as escolas investem aproximadamente U\$ 3000 durante 1 ano de educação pré-escolar para uma criança, elas começam a recuperar seu investimento em serviços de educação especiais imediatamente e totalizam uma economia de U\$ 7000 a longo prazo. Os benefícios incluem o tempo disponibilizado nas famílias, especialmente das mães, os valores economizados pelas escolas públicas, uma vez que as crianças submetidas a tal processo concluem seus estudos em menor tempo, e ajudas sociais obrigatórias.



Wood (1981) calculou os custos cumulativos totais para jovens de 18 anos quando esses foram alvo de ação de estimulação precoce começando: (a) do nascimento; (b) aos 2 anos; (c) aos 6 anos; e (d) na idade de 6 anos indo diretamente para educação regular. A autora concluiu que os custos totais médios eram de fato menores para os casos onde se começou o processo logo após nascimento. O custo total médio de serviços especiais começado ao

nascimento era de U\$ 37.273 e quando começando a idade de 6 anos estava entre U\$ 46.816 e U\$ 53.340. O custo foi menor quando a intervenção começou mais cedo em função da menor demanda por serviços especiais requeridas ao longo desta fase da vida.

Um outro levantamento de 3 anos no estado americano do Tennessee mostrou que para todo dólar gasto em tratamento precoce na primeira infância foram economizados U\$7,00 em 36 meses. Essas poupanças são resultado da menor necessidade de classes especiais e internações hospitalares para as

crianças com algum tipo necessidade especial [Snider, Sullivan, and Manning, 1974].

Ainda uma avaliação da intervenção precoce de larga escala no estado do Colorado apresenta um relatório de economia de U\$4,00 para todo dólar gasto dentro de um período de 3 anos [McNulty, Smith, e Soper, 1983].

O *The Journal of Early Intervention*, uma publicação oficial da Divisão Internacional para Primeira Infância (International Division for Early Childhood - DEC) do Conselho para Criança Excepcional (Council for Exceptional Children - CEC) apresenta um grande número de estudos similares, dos quais salienta-se uma comparação entre as necessidades familiares de casos em que a assistência à criança foi feita somente pelas mães, por profissionais individuais ou por equipes multidisciplinares, sendo significativa a vantagem obtida no desenvolvimento das crianças que foram acompanhadas desde o nascimento por estas últimas [Garshelis e McConnell, 1994]

No Brasil, o já citado “Perfil das Percepções sobre as Pessoas com Síndrome de Down e do seu Atendimento: Aspectos Qualitativos e Quantitativo” apresenta dados que podem subsidiar também a expectativa de bons resultados. Somente 1,5% dos portadores da Síndrome de Down concluíram o primeiro grau, sendo que todos estiveram presentes em programas de estimulação precoce. Uma vez que a pequena parcela de 19% dos adultos desta população exercem alguma atividade produtiva formal, evidentemente os que adquiriram mais elevado nível de instrução, o vínculo entre a estimulação precoce e as atividades sociais produtivas estavam diretamente relacionados.

V. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DO CENTRO

Execução	Meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Estruturação Jurídica													
2. Estruturação Física													
3. Estruturação de RH													
4. Atividades Descentralizadas													
5. Atividades Centralizadas													

A execução da estruturação jurídica do Centro (item 1) já está em andamento, com a configuração legal do mesmo no corpo do HU e a elaboração de um regimento interno.

A execução do Centro a partir do item 2 está relacionada com a prontidão do início da execução dos itens imediatamente anteriores.

VI. ORÇAMENTO**1. RECURSOS HUMANOS****R\$**

ASSISTENTE SOCIAL	20 h	820,00 mês
PSICOLOGO	20 h	820,00 mês
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	40 h	1100,00 mês
ENFERMEIRO	40 h	1640,00 mês
PSICOMOTRICISTA	40 h	1640,00 mês
PEDIATRA	20 h	1600,00 mês
TOTAL PARCIAL MÊS		7620,00

2. MATERIAL**2.1. CONSUMO**

MATERIAL DE ESCRITÓRIO	250,00 mês
MATERIAL DE HIGIENE E LIMPEZA	370,00 mês
MATERIAL DE APOIO PEDAGÓGICO	480,00 mês
MATERIAL DE INFORMÁTICA	200,00 mês
TOTAL PARCIAL MÊS	1300,00

2.2. PERMANENTE

MOBILIARIO GERAL	4250,00
CONJUNTO DE JOGOS E BRINQUEDOS	1200,00
EQUIPAMENTOS FISIOTERÁPICOS	860,00
SISTEMA AUDIOVISUAL	3600,00
SISTEMA COMPUTACIONAL MULTIMIDIA	2800,00
FONE/FAX	480,00
TOTAL PARCIAL	13190,00

3. SERVIÇOS

INSTALAÇÕES DE DIVISÓRIAS	5500,00
INSTALAÇÕES SANITÁRIAS	960,00
INSTALAÇÕES ELÉTRICAS	820,00
INSTALAÇÕES TELEFONICAS E DE REDE	250,00
TOTAL PARCIAL	7530,00

PRODUÇÕES GRÁFICAS	460,00 mês
FOTOCÓPIAS	100,00 mês
TRANSPORTE	560,00 mês
PROVIMENTO PARA MANUTENÇÃO	400,00 mês
TOTAL PARCIAL MÊS	1520,00 mês

VII. REFERÊNCIAS

Seguem abaixo as referências bibliográficas explicitamente citadas no texto e aquelas que embasam a metodologia de trabalho dos profissionais que conceberam este documento e atuação junto ao Centro.

Beckman-Bell, P. "Needs of Parents with Developmentally Disabled Children.". In A National Review Project Of Child Development Services: A State-Of-The-Art Series, edited by R. Wiegerink and J. M. Bartel. Chapel Hill, NC: University of North Carolina, Frank Porter Graham Child Development Center, 1981.

Bernardino, Leda M. F. e LICHT, Rosane W.. Psicanálise e Clínica de Bebês. Número 4. Curitiba. 2000.

Berrueta-Clement, J. R., and others. Changed Lives: The Effects Of The Perry Preschool Project On Youths Through Age 19. Ypsilanti, MI: High/Scope Educational Research Foundation, 1984.

Brandão, Paulo. O Bebê com Síndrome de Down e Seus Pais. Trabalho apresentado no IV Congresso Mundial e II Congresso Nacional da Criança Down. São Paulo. 1991.

Centro Lydia Coriat. Escritos da Criança nº 2. POA. 1988. 2ª edição.

Centro Lydia Coriat. Escritos da Criança nº 3. POA. 1990. 3ª edição.

FADERS. Estimulação Precoce – Entrevista com Dr. Paulo Brandão. POA. 1991.

Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down. Perfil das Percepções sobre as Pessoas com Síndrome de Down e do seu Atendimento: Aspectos Qualitativos e Quantitativo, 2000.

Freire, Paulo. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1987.

Freud, Sigmund. Obras Completas. Biblioteca Nueva. Madrid. 1948.

Garland, C., N. W. Stone, J. Swanson, and G. Woodruff, eds. Early Intervention For Children With Special Needs And Their Families: Findings And Recommendations. Westar Series Paper No. 11. Seattle, WA: University of Washington, 1981. ED 207 278.

Garshelis, A. J. e McConnell, S.R., Comparison of Family Needs Assessed by Mothers, Individual Professionals, and Interdisciplinary Teams, *The Journal of Early Intervention* is an official publication of the International Division for Early Childhood (DEC) of the Council for Exceptional Children (CEC), 1994.

Gomes, G. C. Construindo um Processo Educativo Junto à Famílias de Crianças com Síndrome de Down, FURG, Projeto de Graduação em Enfermagem. Rio Grande, 2000.

Jerusalinsky, Alfredo. Psicanálise e Desenvolvimento Infantil. Artes Médicas. POA. 1989.

Jerusalinsky, Alfredo. Psicanálise do Autismo. POA. Artes Médicas. 1984.

Karnes, M. B., ed. The Undeserved: Our Young Gifted Children. Reston, VA: The Council for Exceptional Children, 1983.

Karnes, M. B., and R. C. Lee. Early Childhood. Reston, VA: The Council for Exceptional Children, 1982.

McNulty, B., D. B. Smith, and E. W. Soper. Effectiveness Of Early Special Education For Handicapped Children. Colorado Department of Education, 1983.

Piaget, Jean. O Nascimento da Inteligência na Criança. Zahar. Brasília. 1975.

Piaget, Jean. A Construção do Real na Criança. Zahar. Brasília. 1975.

Piaget, Jean. A Formação do Símbolo na Criança. Zahar. Brasília. 1975.

PIAS, Vicente Mariano. Plano de gestão para o Hospital Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.-período 2001-2004. Agosto, 2001.

Schweinhart, L. J., and D. P. Weikart. Young Children Grow UP: The Effects Of The Perry Preschool Program On Youths Through AGE 19. Ypsilanti, MI: High/Scope Educational Research Foundation. 1980.

Snider, J., W. Sullivan, and D. Manning. "Industrial Engineering Participation in a Special Education Program." Tennessee Engineer 1 (1974): 21-23.

Wood, M. E. "Costs of Intervention Programs." In C. Garland and others, eds., Early Intervention For Children With Special Needs And Their Families: Findings And Recommendations. Westar Series Paper No. 11. Seattle, WA: University of Washington, 1981. ED 207 278.

Referências virtuais

A relação a seguir constitui lista dos principais *sites* de referência ao texto apresentado.

<http://www.wa.gov/dshs/iteip/iteip.html>

<http://www.gov.on.ca/CSS/>

<http://www.unicef.org>

<http://www.mec.br>

<http://projectoroma.edu.es>

Anexo 1 – Concepção Física do Centro

