



---

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

**Projeto para constituição de uma equipa de Intervenção**  
**Precoce no Centro Social 6 de Maio**

Dissertação apresentada na Escola Superior de Educação de Lisboa, para  
a obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação  
Especialidade Intervenção Precoce

Ana Margarida Nunes Vieira de Melo

2012

---



---

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

**Projeto para constituição de uma equipa de Intervenção  
Precoce no Centro Social 6 de Maio**

Dissertação apresentada na Escola Superior de Educação de Lisboa, para  
a obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação  
Especialidade Intervenção Precoce

**Ana Margarida Nunes Vieira de Melo**

Sob orientação de:

**Professora Doutora Marina Fuertes**

2012

---

Dedico este trabalho à minha tia Júlia, que era uma pessoa que se entregava aos outros de uma forma tão humanista, que me inspirou em muitos dos meus percursos, principalmente, como Educadora de Infância ensinando-me a “Tornar-me Pessoa”!

*Porque não é das ciências físicas que o futuro depende. É de nós que ele depende, de nós que tentamos compreender e enfrentar as interações entre os homens – que procuramos criar relações pessoais de ajuda.*

*Carl Rogers*

## **Agradecimentos**

Depois de alguns contratempos, preocupações e também expectativas, passo a passo as ideias começaram a assentar e este projeto foi ganhando forma, desenvolvendo-se até à sua construção final. Neste sentido, gostaria de agradecer, em primeiro lugar, à minha filha por me ter compreendido e apoiado nestes dois últimos anos e por ter tido paciência suficiente para lidar com os meus anseios e receios, relativamente à minha vida profissional, pessoal e académica. A conciliação destas três áreas da minha vida foi difícil, mas possível graças a todo o amor e carinho não só da minha filha, mas de todos os meus irmãos e cunhados, meus inúmeros sobrinhos e meus pais e amigos, que me deram forças para não desistir. Um obrigado especial às minhas três irmãs Marta, Teresa e Inês, e ainda à minha cunhada Margarida, por me terem apoiado na construção do trabalho, sem esquecer, claro, a colaboração de João, Ana e Pedro nas traduções.

Aos meus professores por me fazerem crescer em conhecimento, e em especial à minha orientadora Professora Doutora Marina Fuertes, por toda a sua eficiência e apoio, sem os quais não teria sido possível a realização deste projeto.

Um agradecimento especial à Bárbara Tadeu com quem partilhei muitos momentos e trabalhos da ESE, nascendo uma grande relação de amizade.

Às minhas “companheiras” de trabalho e profissionais por quererem fazer parte deste projeto e da Equipa de Intervenção Precoce: Maria João, Sara, Susana, Mariza, Rosa e Alice.

Agradeço também, às responsáveis das Equipas entrevistadas, que me inspiraram, com os seus testemunhos, para a construção de um novo projeto: Professora Doutora Anabela Faria, Professora Doutora Marina Fuertes, Terapeuta Teresa Tiago e Educadora de Ensino Especial Rita Nobre, prontificando-se gentilmente a responder às minhas questões.

Finalmente gostaria de agradecer às famílias, por se terem envolvido e disponibilizado a partilhar as suas angústias, problemas e receios de forma tão intimista, que favoreceu toda a criação deste projeto. Sem a sua colaboração não teria sido fácil demonstrar que a população alvo está exposta a inúmeros fatores de risco que influenciam naturalmente o desenvolvimento das suas crianças.

## **Resumo**

Este trabalho tem como objetivo a elaboração de um projeto para constituir uma Equipe de Intervenção Precoce dirigida especificamente a uma população que está exposta a inúmeros fatores de risco ambientais e sociais.

Para o efeito, analisamos os potenciais problemas da população-alvo de forma a criar uma Equipe de Intervenção Precoce, numa Instituição Particular de Solidariedade Social, intitulada, Centro Social do Bairro 6 de Maio. Neste sentido, entrevistamos catorze famílias do bairro, com o propósito de compreender as suas necessidades, prioridades e anseios. Verificamos que os problemas são inúmeros: más condições de habitação, higiene, saúde e alimentação; consumo e venda de estupefacientes; graves doenças infectocontagiosas; baixo estatuto-sócio-económico; situação de exclusão social (desemprego, falta de documentos); entre outros.

Adicionalmente, realizamos seis entrevistas a profissionais que trabalham direta ou indiretamente com esta população alvo, que se disponibilizam, contribuindo com as suas expectativas sobre Intervenção Precoce e com as suas ambições neste projeto, para constituir possivelmente, a futura equipa de Intervenção Precoce no Centro Social. As entrevistadas são consensuais no entendimento de Intervenção Precoce e no seu modo de atuação, demonstrando formar uma boa equipa.

No intuito de aferir como outras equipas se constituem e fundamentar o nosso projeto, analisamos quatro Equipas de referência, de diferentes locais e diferentes áreas de atuação, com a finalidade de compreender os objetivos, a metodologia, o funcionamento, e todo o trabalho que uma Equipe de Intervenção possa desenvolver. Estas equipas servem de modelo e inspiração para a construção do presente projeto.

Da revisão de literatura e da nossa investigação, resulta uma análise qualitativa que aponta caminhos para o projeto de uma futura Equipe de Intervenção Precoce, denominada “Fortaleza”. Assim sendo, delineamos e apresentamos as linhas orientadoras para a proposta de um projeto com objetivos, metodologia, recursos e avaliação, para que, posteriormente possa vir a ser apresentado às entidades competentes.

Palavras-chave: Intervenção Precoce, Criança, Família, Equipas, Comunidade.

## **Abstract**

The present work aims at creating a project designed to support the development of a Early Childhood Intervention Team targeting a neighbourhood population subject to several ecological and social risk factors.

The main problems affecting to the target population were analysed on a Social Private Support example Institution named “Centro Social do Bairro 6 de Maio” so as to develop a Early Intervention Team project. To accomplish this, fourteen families of the Institution neighbourhood were interviewed so as to understand their needs, priorities and concerns. We found that the problems are numerous: poor housing conditions, hygiene, health and nutrition, consumption and sale narcotics; serious infectious diseases, low socio-economic status, social exclusion (unemployment, lack of documents), among others.

Additionally, six interviews were made to professionals that work directly or indirectly with the target population, adding valuable contributions to their expectations about Early Intervention and to their ambitions for this project, namely the implementation of a Primary Intervention team in the Social Centre. The interviewees are agreed the in understanding Early Intervention and its mode of operation, demonstrating a good team is formed.

In order to understand how other teams are built and support our project, we have also analysed reference teams already established in different locations and sectors, so as to understand the objectives, the methodology, the operational lines and all the work that an Intervention Team may develop. These teams serve as models and inspiration for the project construction.

Based on the literature review and from our research we have developed a qualitative analysis that indicates the major guidelines for the creation of a future Early Intervention Team named “Fortress”. Hence, we present here the guidelines of a proposal supported on objectives, methodology, resources and evaluation sections, which can then be used to propose a Early Intervention Team project to the management authorities.

**Key-words:** Early Childhood Intervention, Child, Family, Teams, Community.

## Índice

**Agradecimentos**

**Resumo**

**Abstract**

**Índice Geral**

**Índice de Quadros**

**Índice de Siglas**

**Introdução** 12

### **Parte I - Enquadramento Teórico**

1. Intervenção Precoce na Infância 18

    1.1 Enquadramento legal da Intervenção Precoce em Portugal 18

        a) Despacho conjunto 891/99 18

        b) Decreto-lei 281/2009 19

    1.2. Políticas educativas: Valores e direitos na Intervenção Precoce 23

2.Princípios de ação da Intervenção Precoce 26

    2.1 Intervenção centrada na criança e na família 26

    2.2. Intervir cedo e preventivamente 33

        2.2.1.Fatores de risco e fatores de proteção 38

    2.3. Intervir socialmente com a comunidade – inclusão social 44

    2.4. Práticas adequadas e trabalho de equipa 48

### **Parte II – Estudo Exploratório**

Apresentação do Estudo:

*Aos olhos das famílias e dos profissionais...e espreitando equipas* 54

1. Metodologia da Investigação 54

2.Análise de dados e apresentação dos resultados 60

    2.1.Estudo das preocupações, necessidades e anseios  
    dos habitantes do Bairro 6 de Maio 60

    2.2. Estudo das representações dos técnicos do Centro Social  
    acerca da criação de uma equipa de IP 65

    2.3.Estudo para a criação de uma equipa  
    de Intervenção Precoce 85

3. Ponto de partida para o projeto 90

### **Parte III – Projeto “Fortaleza”**

Breve introdução	94
1.Caracterização da comunidade e população alvo	94
2.Caracterização do Centro Social 6 de Maio	97
3. Destinatários	101
4.Definição dos objetivos e linhas estratégicas	101
4.1. Objetivos gerais	101
4.2. Objetivos específicos	102
5. Metodologia	103
5.1. Metodologia da Intervenção	104
6. Recursos humanos técnicos	107
7. Recursos materiais e espaço físico	108
8.Parcerias e recursos financeiros	109
9. Cronologia	110
<b>Reflexão Pessoal - <i>O caminho andado...e o caminho a percorrer...</i></b>	112
<b>Referências Bibliográficas</b>	114
<b>Anexos</b>	.

## Índice de Quadros

### Capítulo I

Quadro I – Tabela dos fatores de risco e fatores de proteção	43
--	----

### Capítulo II

Quadro I – Caracterização das famílias e análise dos dados demográficos	55
---	----

Quadro II – Análise de conteúdo da entrevista às Famílias	60
---	----

Quadro III – Indicadores da questão 1 da entrevista dos Membros da Equipa	65
---	----

Quadro IV – Síntese e análise da questão 1	69
--	----

Quadro V – Indicadores da questão 2 da entrevista dos Membros da Equipa	70
---	----

Quadro VI – Síntese e análise da questão 2	72
--	----

Quadro VII – Indicadores da questão 3 da entrevista dos Membros da Equipa	73
---	----

Quadro VIII – Síntese e análise da questão 3	75
--	----

Quadro IX – Indicadores da questão 4 da entrevista dos Membros da Equipa	76
--	----

Quadro X – Síntese e análise da questão 4	79
---	----

Quadro XI – Indicadores da questão 5 da entrevista dos Membros da Equipa	80
--	----

Quadro XII – Síntese e análise da questão 5	82
---	----

Quadro XIII – Indicadores da questão 6 da entrevista dos Membros da Equipa	83
--	----

Quadro XIV – Síntese e análise da questão 6	84
---	----

Quadro XV – Síntese das Equipas de Intervenção Precoce	85
--	----

### Capítulo III

Quadro I – Guião das linhas orientadoras para os técnicos	102
---	-----

## **Índice de Abreviaturas e Siglas**

ACIU – Atraso de crescimento intrauterino

ACIDI – Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural

CIF ou ICF – Classificação Internacional do Funcionamento, Incapacidade e Saúde

DH – Desenvolvimento Humano

ELI – Equipas Locais de Intervenção

ESE – Estatuto Socioeconómico

HIV – Human Immunodeficiency Vírus

IAC – Instituto de Apoio à Criança

IP – Intervenção Precoce

IPI – Intervenção Precoce na Infância

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

NEE – Necessidades Educativas Especiais

OCDE – Organização para a Cooperação e para o Desenvolvimento Económico

PIAF – Plano de Intervenção de Apoio à Família

PIIP – Plano Individual de Intervenção Precoce

RIS – Rendimento de Inserção Social

SNIPi – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

UNESCO – United Nations Education Science and Culture Organization

(Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura)

UNICEF – United Nations Children’s Fund

## Introdução

O conceito e as práticas de Intervenção Precoce na Infância (IPI) têm evoluído, ao longo do tempo, de uma intervenção focada na criança para uma intervenção centrada na família.

O enquadramento legal da Intervenção Precoce (IP) em Portugal, surge pela primeira vez em Outubro de 1999, com a promulgação do despacho conjunto nº891/99. A sua publicação assinalou a importância no reconhecimento da identidade e especificidade da IP, sendo visível a mudança das suas práticas. Este despacho foi avaliado e sujeito a inúmeros debates e discussões para ser novamente publicado a 6 de Outubro de 2009 (Decreto-lei nº201/2009), enquadrando a nova legislação de IP e criando o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). Esta legislação prevê iniciativas preventivas e a deteção precoce do atraso de desenvolvimento. Quando o atraso decorre exclusivamente de condições biológicas (incapacidades ou alterações da funcionalidade do corpo), agir precocemente é detetar cedo e iniciar prontamente a intervenção com respostas eficazes e individualizadas no âmbito da educação especial. Não obstante, a maioria dos problemas de atraso de desenvolvimento não decorre, exclusivamente, de condições biológicas mas, antes, de condições ambientais (e.g., falta de estimulação e atenção privilegiada, cuidados de educação e saúde pouco adequados, negligência, pobreza) ou da complexa interdependência biologia-meio (Rutter, 2005).

Neste sentido, o SNIPI reforça como grande objetivo de IP, assegurar as condições facilitadoras do desenvolvimento da criança *com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento*, assim como reforçar e potenciar as interações e competências familiares, capacitando-as face à problemática reduzindo, remediando ou prevenindo os efeitos de fatores de risco.

Guralnick (1997), reúne a investigação realizada em grande escala nos estudos e em revisão de literatura e refere que os programas de IP devem centrar-se nas necessidades das famílias, envolver ativamente as comunidades, integrar as contribuições de diferentes disciplinas, desenvolvendo um trabalho em equipa

transdisciplinar que implica coordenar uma diversidade de apoios e serviços numa perspectiva sistémica. Dunst (2002), reforça esta ideia e refere que para os programas de intervenção precoce terem sucesso, isto é, para que promovam o desenvolvimento da criança, devem seguir os seguintes princípios: centrar-se nas necessidades da família, fortalecendo o funcionamento individual e familiar; valorizar o sentido de comunidade, partilhando valores e necessidades comuns; respeitar crenças e valores na família; mobilizar recursos e apoios, construindo sistemas de suporte formais e informais; construir e fortalecer relações de cooperação entre pais e técnicos, partilhando ideias, experiências e práticas profissionais; e ter em conta o ambiente natural de aprendizagem da criança.

Será, igualmente, importante que os serviços de Intervenção Precoce possam chegar a todas as crianças, consideradas de risco ambiental ou biológico e às respetivas famílias e não somente às crianças que já manifestam alterações no desenvolvimento. Os técnicos de saúde e de ação social dos Hospitais e Maternidades deveriam receber adequada informação sobre os programas de intervenção precoce e uma sensibilização para a necessidade e importância da intervenção atempada e/ou precoce, de modo a evitar ou atenuar o problema da criança (Powell, 1999). Segundo o mesmo autor, os técnicos devem fazer visitas domiciliárias para observar o ambiente em que as famílias vivem, para perceber melhor as suas necessidades e, conseqüentemente, criar programas que vão ao encontro dessas mesmas necessidades.

As práticas de intervenção precoce têm subjacente a ideia de que as experiências precoces são cruciais em termos de desenvolvimento e que problemas de origem genética, biológica e ambiental podem ser ultrapassados ou atenuados através de uma intervenção atempada e de qualidade (Guralnick, 2007).

Segundo o SNIPI (2009), existe uma vasta rede de serviços de IP, nas várias regiões do país, mas que ainda não cobre todos os locais, nomeadamente face às condições psicoafectivas ou ambientais, a que muitas crianças estão expostas, suscetíveis de implicarem uma alta probabilidade de atraso relevante no seu desenvolvimento.

Neste sentido, urge a necessidade de criar um projeto inspirado nos moldes acima citados, para constituir uma equipa de Intervenção Precoce no Centro Social do Bairro 6 de Maio, que possa dar respostas à população envolvente, com potenciais fatores de risco ambiental e social, carenciada a vários níveis, tais como: más condições de habitação, higiene, saúde e alimentação; consumo e venda de estupefacientes; graves doenças infectocontagiosas; baixo estatuto-sócio-económico; situação de exclusão social (desemprego, falta de documentos); entre outros. Tem sido evidenciado em vários estudos que todos estes problemas nas famílias poderão afetar o desenvolvimento global das suas crianças. A acumulação e persistência de fatores de risco ambiental é relevante para a determinação do desenvolvimento e pode alterá-lo, principalmente se não existirem, no contexto de vida da criança, contrapartidas compensatórias em termos educacionais e outros (Garbarino & Abromowitz, 1992).

As perspetivas do *Modelo Ecológico e Transacional* do desenvolvimento humano, têm implicações sobre como fazer Intervenção Precoce, tendo em conta a complexidade do processo de desenvolvimento e, simultaneamente, de organizar serviços e recursos de modo a que estes possam responder adequadamente às necessidades da criança e da família. Esta abordagem holística assume que as partes do sistema são inseparáveis. É um funcionamento circular, na medida em que todas as entidades existentes se condicionam mutuamente. Deste modo, o desenvolvimento resulta da interação entre a criança e os vários contextos em que está inserida (Bronfenbrenner, 1979; Sameroff & Fiese, 1990, 2000).

O trabalho que se apresenta está dividido em três partes distintas. Após a introdução que expõe o contexto teórico e prático deste projeto, pretendemos reunir, no primeiro capítulo, elementos teóricos e empíricos sobre Intervenção Precoce para conceptualizar e fundamentar a formação de uma equipa de IP. Esta parte está dividida em dois subcapítulos. O primeiro subcapítulo é constituído por dois pontos, sendo que um é sobre o conceito de Intervenção Precoce na Infância, traduzido no enquadramento legal da IP em Portugal (despacho conjunto 891/99 e decreto lei 281/2009); e o outro ponto sobre Políticas Educativas remetendo-nos para valores e direitos implícitos na IP. No seguinte subcapítulo estão enunciados os princípios de

ação da Intervenção Precoce: Intervenção centrada na criança e na família; Intervir cedo e preventivamente - fatores de risco e fatores de proteção na infância; Intervir socialmente com a comunidade – inclusão social; Práticas adequadas e trabalho de equipa.

Na medida em que o nosso conhecimento teórico sobre os aspetos de apoio à família em IP deve ser distinto, devemos compreender e ir ao encontro das necessidades, preocupações e características de cada família, bem como das expectativas e perspetivas dos profissionais de IP que estão dispostos a constituir a Equipa deste projeto e ainda procurar seguir e implementar modelos e boas práticas de outras equipas de Intervenção.

Deste modo, expomos, na segunda parte, um estudo exploratório com uma abordagem de análise qualitativa. Este estudo está dividido em três fases. Na primeira, apresentamos o resultado do diagnóstico através de catorze entrevistas à população-alvo, enunciando as necessidades, interesses e expectativas das famílias, como justificação da importância do surgimento de uma Equipa de Intervenção no Centro Social. Na segunda fase, apresentamos as representações de seis profissionais de diferentes áreas do Centro Social, acerca da criação de uma equipa de IP com o objetivo de compreender quais as suas aspirações e motivações; o seu conceito sobre IP; o modelo adotado e o seu modo de trabalho; e qual o seu papel enquanto profissional e contributo na futura equipa. Por último, apresentamos esquematicamente o trabalho de quatro Equipas de Intervenção Precoce de diferentes locais e diferentes áreas de atuação, de forma a observar e compreender o modo como se organizam e funcionam, como aplicam as suas práticas (modelo), que processos sofreram até se criarem como Equipas, entre outros aspetos.

Após o estudo pretende-se uma reflexão sobre os dados observados, como base ou fonte de inspiração para o Capítulo seguinte e também como justificação de toda a ação/projeto a implementar no Centro Social, que é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) e que dirige as suas ações para esta população alvo, desde os anos oitenta.

Na última Parte, está delineado o Projeto a implementar no Centro Social 6 de Maio - Constituição de uma Equipa de Intervenção Precoce, denominada

“Fortaleza”. O projeto está estruturado da seguinte forma: caracterização do meio envolvente e população; caracterização do Centro Social; definição dos objetivos e linhas orientadoras; metodologia (modelo, organização-técnicos e funções); recursos humanos, financeiros e parcerias, com a finalidade de posteriormente, ser apresentado às entidades competentes.

## **Parte I**

### **Enquadramento Teórico**

## 1 – Intervenção Precoce na Infância

### 1.1. Enquadramento legal da Intervenção Precoce em Portugal

#### a) Despacho conjunto 891/99

O Despacho Conjunto nº 891/99 (assinado pelos Ministérios da Saúde, Educação e Segurança Social), constitui o enquadramento legal para a criação de forma sistemática, a nível nacional, e numa lógica interministerial e transdisciplinar, de uma estrutura de Intervenção Precoce de base comunitária, prevendo uma abordagem: centrada na família; focalizada nas relações; baseada nas forças; ecológica; e reflexiva (Santos, 2007).

O documento apresenta orientações reguladoras e estabelece a IP como um programa *dirigido a crianças com menos de seis anos de idade, em especial dos zero aos três, com deficiência ou em risco de atraso de desenvolvimento*, e suas famílias, procurando apoiar e promover o bem-estar e desenvolvimento físico, social, emocional e cognitivo das crianças. Este despacho é *baseado em experiências desenvolvidas e em investigações realizadas neste domínio que determinam mudanças conceptuais significativas, com reflexos a nível dos objetivos e das práticas deste tipo de intervenção*.

Deste modo, o documento define a IP como

uma medida de apoio integrado, centrada na criança e na família, mediante ações de natureza preventiva e habilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social, com vista a assegurar condições facilitadoras do desenvolvimento da criança em risco, bem como potenciar a melhoria das interações familiares, e reforçar as competências familiares como suporte da sua progressiva capacitação e autonomia face à problemática da criança. (Despacho Conjunto nº 891/99)

O despacho estabelece como eixos da IP: *o envolvimento da família*, sendo central em todo o processo; *o trabalho de equipa*, no sentido de responder às necessidades da criança e da família; e *o Plano Individualizado de Apoio à Família*

(PIAF), que compreende - a identificação das competências e necessidades das crianças e famílias; a consequente definição de prioridades e o delinear do plano de ação; a avaliação sistemática do próprio plano e a sua eventual reformulação e reavaliação; e a preparação e acompanhamento da transição da criança para outras estruturas, nomeadamente para a creche, jardim-de-infância e escola.

No documento está expresso o envolvimento dos serviços de âmbito concelhio, distrital, regional e nacional dos Ministérios da Educação, Saúde e Segurança Social, bem como algumas instituições públicas e/ou de solidariedade social, aconselhando a criação de equipas de intervenção direta transdisciplinares e inter-serviços constituídas por profissionais de diversas áreas como, educadores de infância, médicos, enfermeiros, técnicos de serviço social, psicólogos e terapeutas, todos pertencentes aos serviços da comunidade local. Ao nível de cada equipa local, apenas um profissional de IP/intervenção direta - concretiza o apoio da equipa à família, sendo o interlocutor ou o visitador domiciliário - deste modo, estabelecem-se oportunidades de uma relação de confiança e respeita-se o direito da família a uma intervenção não intrusiva (Almeida, 2007).

#### **b) Decreto-lei 281/2009**

Após uma avaliação e discussão deste despacho conjunto, foi novamente publicado a 6 de Outubro de 2009 como a nova legislação de IP - Decreto-lei nº201/2009, criando Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), tendo como missão garantir a Intervenção Precoce na Infância (IPI), entendida como *um conjunto de medidas de apoio integrado centrado na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social.*

Da análise deste documento, salientam-se alguns aspetos relevantes, tais como: *o enfoque da família; a sinalização e deteção precoce das crianças que necessitam de apoio; a existência de um plano individual; o trabalho de equipa transdisciplinar; a atuação e coordenação dos três Ministérios (Trabalho e Solidariedade, Educação e*

Saúde) *com o envolvimento das famílias e comunidade; supervisão e avaliação dos resultados.*

Pretende-se, assim, uma melhor qualidade de vida para o todo que constitui a unidade familiar e desta forma uma melhor inserção na comunidade. O artigo 4º do decreto acrescenta ainda que as práticas de IP devem, entre outros objetivos, *apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas da segurança social, da saúde e da educação.*

Com a utilização dos recursos disponíveis, quer através da constituição de uma rede social de apoio ou a disponibilização da atenção necessária à problemática da criança, a meta/objetivo *é a completa autonomização da família* relativamente aos profissionais e aos serviços, para que ela se torne capaz de gerir por si só os recursos de que necessita.

Neste sentido, a operacionalização do SNIPI pressupõe a ideia que a universalidade do acesso aos serviços de intervenção precoce, implica assegurar um sistema de interação entre as famílias e as instituições e, na primeira linha, as da saúde, para que todos os casos sejam devidamente identificados e sinalizados tão rapidamente quanto possível.

São objetivos do SNIPI:

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

Assim devem ser acionados os mecanismos necessários à definição de um plano individual (Plano Individual de Intervenção Precoce – PIIP) atento às necessidades das

famílias, a ser elaborado por Equipas Locais de Intervenção (ELI), multidisciplinares, que representem todos os serviços necessários à intervenção. O PIIP deve constituir-se como um instrumento organizador para as famílias e para os profissionais envolvidos, estabelecendo um diagnóstico adequado, tendo em conta não apenas os problemas, mas também o potencial de desenvolvimento da criança, a par das alterações a introduzir no meio ambiente para que tal potencial se possa afirmar.

A constituição do SNIPI ao surgir com este decreto, traçou em 16 de Junho de 2010, os critérios de elegibilidade que era uma das grandes lacunas no primeiro decreto. Neste sentido, o SNIPI reforça, igualmente, como grande objetivo de IP, *assegurar as condições facilitadoras do desenvolvimento da criança com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento, assim como reforçar e potenciar as interações e competências familiares, capacitando-as face à problemática reduzindo, remediando ou prevenindo os efeitos de fatores de risco*. Segundo a mesma identidade, entende-se por *risco de atraso grave de desenvolvimento* *aquele que, por fatores pré, peri ou pós-natal ou ainda por razões que limitem a capacidade de tirar partido de experiências importantes de aprendizagem, constitui probabilidade de que uma ou mais disfunções possam ocorrer*.

De acordo com o Decreto-lei 281/09 de 6 de outubro, são elegíveis para o apoio de IP as crianças entre os zero e os seis anos de idade e respetivas famílias, que apresentem condições incluídas nos seguintes grupos: 1- *Alterações nas funções ou estruturas do corpo (...)*; 2- *Risco grave de desenvolvimento (...)* são elegíveis para o acesso ao SNIPI, todas as crianças do grupo 1 e as crianças do grupo 2, que acumulem quatro ou mais fatores de risco biológico e/ou ambiental.

No primeiro grupo - *Crianças com alterações nas funções ou estruturas do corpo* (ICF - CY, 2007), estão incluídas as crianças com *Atraso de Desenvolvimento sem etiologia conhecida*, abrangendo uma ou mais áreas (motora, física, cognitiva, da linguagem e comunicação, emocional, social e adaptativa), e as crianças com *Condições Específicas*: anomalias cromossómicas; perturbações neurológicas; malformações congénitas; défices sensoriais; perturbações relacionadas com consumo de drogas, infeções graves, doenças crónicas, tumores; entre outros.

Em relação às Crianças com Risco Grave de Atraso de Desenvolvimento, incluem-se neste grupo, as crianças que estão em risco de vir a manifestar limitações na atividade e participação (ICF – CY, 2007), por condições biológicas que interfiram claramente com a prestação de cuidados básicos, com a saúde e o desenvolvimento. Baseiam-se num diagnóstico que, entre outros, têm em conta os seguintes aspetos: história familiar de anomalias genéticas, associadas a perturbações do desenvolvimento; *prematuridade; muito baixo peso à nascença; atraso de crescimento intrauterino (ACIU); outras complicações neonatais graves*. Incluem-se, de igual forma, *Crianças expostas a fatores de risco ambiental*. Consideram-se condições de risco ambiental *a existência de fatores parentais ou contextuais que atuam como obstáculo à atividade e à participação da criança* (ICF – CY,2007), limitando as suas oportunidades de desenvolvimento e impossibilitando ou dificultando o seu bem-estar.

São entendidos como *fatores de risco parentais*: mães adolescentes; abuso de álcool ou outras substâncias aditivas; maus-tratos ativos (físicos, emocionais e abuso sexual) e passivos (negligência nos cuidados básicos a prestar à criança (saúde, alimentação, higiene e educação); doença do foro psiquiátrico; doença física incapacitante ou limitativa; entre outros.

Consideram-se *fatores contextuais*: isolamento (ao nível geográfico e dificuldade no acesso a recursos formais e informais; discriminação sociocultural e étnica, racial ou sexual; discriminação religiosa; conflitualidade na relação com a criança) e/ou pobreza (recurso a bancos alimentares e/ou centros de apoio social; desempregados; famílias beneficiárias de Rendimento de Inserção Social-RSI ou de apoios da Ação social); desorganização familiar (conflitualidade familiar frequente); negligência da habitação a nível da organização do espaço e da higiene; preocupações acentuadas, expressas por um dos pais, pessoa que presta cuidados à criança ou profissional de saúde, relativamente ao desenvolvimento da criança, ao estilo parental ou interação mãe/pai-criança.

## 1.2. Políticas educativas e sociais - Valores e direitos na Intervenção Precoce

Neste subcapítulo, podemos encontrar diversos fundamentos legislativos que defendem valores e direitos inerentes às práticas de Intervenção Precoce. O próprio Decreto-Lei nº281/2009 foi publicado no Diário da República a 6 de outubro, na sequência dos princípios estabelecidos na Convenção das Nações Unidas dos Direitos das Crianças e no âmbito do Plano de Ação para a Integração de Pessoas com Deficiência ou Incapacidade (2006-2009).

A Intervenção Precoce na Infância junto de crianças até aos 6 anos, com alterações ou em risco de apresentar alterações nas estruturas ou funções do corpo, tendo em conta o seu normal desenvolvimento, constitui um instrumento político do maior alcance na concretização do direito à participação social dessas crianças e dos jovens e adultos em que se irão tornar. Assegurar a todos o direito à participação e à inclusão social não pode deixar de constituir prioridade política de um Governo comprometido com a qualidade da democracia e dos seus valores de coesão social (SNIPI, 2012).

A *Declaração de Salamanca*, resultante da conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais (NEE), realizada de 7 a 10 de Junho de 1994, em Salamanca, a fim de promover o objetivo da *Educação para Todos*, examinou as mudanças fundamentais de política necessárias para desenvolver a abordagem da educação inclusiva, nomeadamente capacitando as instituições para atender todas as crianças, sobretudo as que têm necessidades educativas especiais. Estes documentos estão inspirados pelo princípio da inclusão e pelo reconhecimento das instituições que *incluam todas as pessoas, aceitem as diferenças, apoiem as aprendizagem e respondam às necessidades individuais*, reafirmando o direito à educação de todos os indivíduos, tal como está escrito na *Declaração Universal dos Direitos do Homem*, proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas a 10 de Dezembro de 1948, e que mais uma vez se adequam às práticas de Intervenção Precoce.

A *Promoção da justiça social e a igualdade de oportunidades* está subjacente na Declaração de Salamanca, logo no início do Enquadramento da Ação, quando refere *que todas as pessoas com deficiência têm o direito de expressar os seus desejos em relação*

à educação. Os pais têm o direito inerente de ser consultados sobre a forma de educação que melhor se adapte às necessidades, circunstâncias e aspirações dos seus filhos. E que um dos princípios orientadores consiste em afirmar que as instituições devem ajustar-se a todas crianças, independentemente das suas condições físicas, sociais, linguísticas ou outras. Neste conceito terão que se incluir crianças com deficiências ou sobredotados, crianças de rua ou crianças que trabalham, crianças de populações remotas ou nómadas, crianças de minorias linguísticas, étnicas ou culturais e crianças de áreas ou grupos desfavorecidos ou marginais.

O ponto das *áreas prioritárias*, neste documento, refere que o êxito das instituições inclusivas depende muito de uma identificação precoce e da avaliação e estimulação de crianças com necessidades especiais desde as primeiras idades. No ponto seguinte, *perspetivas comunitárias*, são referidas a participação das famílias, a mobilização da comunidade e das organizações voluntárias e ainda a colaboração dos pais como *uma tarefa partilhada por pais e profissionais, em que o papel das famílias e dos pais pode ser valorizado se lhe forem transmitidos os esclarecimentos necessários numa linguagem simples e clara*.

Na Convenção dos Direitos da Criança estes direitos e valores também são acentuados nas práticas de IP: no art.º 3º (*Interesse Superior da Criança*), é referido o comprometimento dos Estados face à proteção da criança, visando o seu bem-estar, envolvendo para tal os pais ou representantes legais da criança, e no art.º 5º, é referido também que cabe aos Estados respeitarem as responsabilidades, direitos e deveres dos pais, família alargada ou da comunidade, assegurando à criança, de forma compatível com o desenvolvimento das suas capacidades.

No art.º 18º do mesmo documento, é enunciado que cabe aos Estados *assegurar uma assistência adequada aos pais e representantes legais da criança e garantir o estabelecimento de instituições, instalações e serviços de assistência à infância*. Este artigo é complementado pelo art.º 27º (*Direito ao Desenvolvimento Saudável-nível de vida*) que afirma que os Estados, face ao direito da *criança de se desenvolver física, mental, espiritual, moral e socialmente*, devem tomar medidas que considerem adequadas, caso haja necessidade, para apoiar com materiais e desenvolver programas de apoio.

O art.º 23º (*crianças deficientes*) refere que a *criança deficiente tem direito a cuidados especiais, educação e formação adequadas que lhe permitam ter um vida plena e decente, em condições de dignidade, e de atingir o maior grau de autonomia e integração social possível*. Este artigo também é completado com o art.º 24º (*saúde e serviços médico*), quando enuncia que a criança tem direito a gozar do melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos e de reeducação.

Mais recentemente, existem outros documentos legislativos elaborados pelo Conselho Nacional de Educação sobre a educação dos 0 aos 3 anos e suas respetivas recomendações (Recomendação nº3/2011).

Estas recomendações também evocam os direitos e valores da família e da criança subjacentes à Intervenção Precoce. É de salientar logo na Primeira Recomendação a proposta *que a qualidade da educação dos 0-3 anos como fator de igualdade de oportunidades, de inclusão e coesão social aparece como uma necessidade emergente do processo de audição pública e de reflexão e como uma condição de implementação dos direitos da criança*, ou seja, é um direito e não apenas uma necessidade social. Na Segunda Recomendação, é de referir que a primeira responsabilidade pertence às famílias (a criança é central mas não é o centro) e que as famílias devem participar e estar envolvidas em todos os projetos. *As suas práticas educativas devem ser valorizadas (desde que adequadas), de modo a que se sintam competentes e estabeleçam relações de cumplicidade com os profissionais*. Na 5ª Recomendação destaca-se a diversidade de serviços, que sirvam populações com características diversificadas (famílias ciganas, populações migrantes, ou nómadas, entre outras), como por exemplo espaços itinerantes, centros culturais comunitários, serviços domiciliários, entre outros. Por último a 9ª Recomendação remete-nos para um trabalho de intervenção como forma de prevenção. Cada instituição deve ter um plano de intervenção para crianças em risco, no entanto na tomada de decisões deve sempre prevalecer o princípio do *superior interesse da criança*.

Podemos concluir que a Educação atual deve contemplar e prever todos os direitos da criança e da família, promover a justiça social e a inclusão. É na comunidade educativa que estão as grandes respostas para que possa ser possível a justiça social.

## 2 – Princípios de ação em Intervenção Precoce

### 2.1 Intervenção centrada na criança e na família

A educação começa por ser um processo exclusivamente familiar, pelo que “tradicionalmente, o contexto mais aceite de desenvolvimento infantil tem sido o ambiente doméstico onde a criança é atendida pela mãe ou por outras figuras familiares” (Oliveira, 1999, p. 17). Porém, o seu monopólio da transmissão das necessidades educativas tem perdido algum espaço, devido a outras condicionantes, necessidades, exigências e apoios.

A família é sem dúvida a primeira instituição social com a qual a criança interage e desenvolve as suas primeiras conceções. É o alicerce do desenvolvimento da criança. Neste sentido, a educação é processada sem regulamentos técnicos, onde se atribui maior relevância sobre aquilo que o indivíduo é, e não aquilo que ele é capaz de fazer.

Desde sempre, a família surge como um lugar onde se aprende a viver, a ser e estar, e onde se começa o processo de consciencialização dos valores sociais inerentes à sociedade, sem os quais esta não consegue subsistir. É neste ambiente que o indivíduo aprende a respeitar os outros e a colaborar com eles. Entende-se por família“(…) duas ou mais pessoas que se consideram como tal e que assumem obrigações funções e responsabilidades geralmente essenciais para a vida familiar” (Barker, 1991, p. 80, citado por Serrano, 2007).

A família surge também com direitos e deveres. Estes deveres estão consagrados na Constituição da República Portuguesa e implícitos nos valores sociais e morais da sociedade: *Os pais dão vida aos filhos, cabendo dar-lhes o apoio de que necessitam, a educação e as condições necessários para o seu crescimento saudável.*

A família tem um papel educativo essencial, dela vai depender a definição do quadro de referência primário para a prática educativa em contexto escolar. O meio familiar exerce uma grande influência no desenvolvimento das capacidades cognitivas e na estruturação das características afetivas das crianças. No entanto, a educação familiar

não deve entoar só os efeitos do desenvolvimento dos filhos. A família deve ser considerada um ecossistema da educação (Oliveira, 1999).

Apenas com o aparecimento do modelo centrado na família (inspirado no modelo Head Start)<sup>1</sup>, é que se dá a verdadeira viragem conceptual em IP. Com efeito, segundo este modelo, verificou-se que quando os pais eram incluídos nas práticas de apoio à criança, não só os benefícios em termos de desenvolvimento infantil eram maiores, como perduravam no tempo. Em contrapartida as equipas que trabalhavam somente com a criança, viam os resultados obtidos desvanecer-se em pouco tempo, tendo que retomar a intervenção (Bairrão, 1995, citado por Fuertes, 2005).

Através de uma avaliação ecológica e de uma intervenção centrada na família, é possível prevenir e melhorar as perturbações do desenvolvimento e/ou disfunções e a identificação de fatores de risco no ambiente imediato da criança (Wolery, 2000).

Assim sendo, a IP diz respeito a uma prática centrada na família. São muitos os autores, bem como os trabalhos de investigação, que têm evidenciado claramente que as oportunidades para um bom desenvolvimento estão, fundamentalmente, dependentes do contexto familiar no qual a criança cresce. Os trabalhos de Guralnick (1997) indicam que os resultados que a criança alcança, em termos de desenvolvimento, são grandemente dependentes dos padrões de interação familiares dos quais a qualidade das interações pais/criança, o tipo de experiências e vivências que a família lhes proporciona, bem como aspetos relacionados com os cuidados básicos em termos de segurança e saúde, surgem como particularmente determinantes. Pois a família em termos gerais e, especialmente os pais, têm sido os primeiros prestadores de cuidados, os organizadores, os modelos de comportamento, os disciplinadores e os agentes de socialização, num papel evidente de educadores dos seus filhos.

Pam Winton (1996, citado por Pimentel, 2004, p. 44), “considera a participação dos pais fulcral no trabalho desenvolvido pela IP, pelo que deverá existir uma parceria entre ambas as partes, desde o momento de avaliação até ao planeamento da intervenção

---

<sup>1</sup> Head Start – Programa dos Ministérios de Saúde, Educação e Ação Social dos Estados Unidos, que oferece serviços abrangentes às crianças e suas famílias com a finalidade de combater a pobreza. Este programa foi criado em 1965, sendo alterado em 1981, passando por mudanças profundas sendo a sua última renovação em 2007. Este programa foi o modelo de inspiração da nossa Lei atual de Intervenção Precoce, com práticas centradas na família.

e, novamente sua reavaliação”. Ainda propõe uma relação de confiança e respeito pelas diferenças de cada um. A prática em causa implica dois conceitos importantes em IP: o de capacitar (*enabling*) as famílias, que se traduz em criar oportunidades e meios para que elas possam aplicar as suas competências e adquirir outras adequadas às necessidades dos seus filhos; e o de aumentar o seu poder (*empowerment*), que é simultaneamente um processo e um objetivo (Dunst, Trivette, & Deal, 1988).

Para assegurar a qualidade da intervenção, esta deve assentar numa avaliação quer em termos de processos, avaliação continuada, quer em termos de produto, avaliação do impacto final da intervenção na criança, na família e nos serviços. A implementação da intervenção deve, obrigatoriamente, ser acompanhada de um processo de avaliação continuado que visa, por um lado verificar se os serviços estão a ser implementados de acordo com a forma, frequência e intensidade definidas e, por outro se estão a ser feitos progressos relativamente aos objetivos a atingir, se as atividades e estratégias utilizadas estão a facilitar esse progresso ou se, pelo contrário, é necessário introduzir modificações naquilo que tinha sido inicialmente planeado, no que diz respeito quer às estratégias, quer aos objetivos quer, eventualmente, aos tipos de apoios propostos. Neste último caso, serão definidos novos objetivos, estratégias ou apoios e reinicia-se o ciclo de avaliação/intervenção (Bairrão, 2002).

Em Portugal, o Decreto-lei 281/09, determina que o Plano Individual de Apoio à Família, deve constituir um documento orientador para as famílias, sendo que estas devem declarar a aceitação da intervenção.

Quanto às famílias, o objetivo deverá ser prepará-las para responder aos desafios que lhe serão colocados. No entanto é difícil identificar globalmente, de uma forma precisa, os resultados que se devem esperar alcançar, uma vez que cada uma tem as suas necessidades específicas e uma perspetiva própria sobre aquilo que espera do programa de intervenção precoce (Bailey & Powel, 2005)

No que diz respeito aos resultados que poderão decorrer do trabalho com as famílias depois de uma revisão de vários estudos, estes autores consideram que as famílias devem: (i) sentir-se competentes para cuidar do seu filho; (ii) conhecer bem os seus direitos e responsabilidades; (iii) ser capazes de se orientar no sistema e requerer os serviços de que necessitam; (iv) estar satisfeitas com os serviços que receberam e ter

uma visão positiva dos profissionais, dos serviços e da forma como foram tratadas; (v) ter esperança e estar otimistas quanto ao futuro e à sua capacidade para lidar com os próximos desafios; e (vi) considerar positiva a sua qualidade de vida e a do seu filho.

Importa ainda, a adequação dos modelos dominantes em IP à realidade portuguesa, com o ensaio de novas metodologias, com a adaptação dos instrumentos utilizados e com a conceção de novos instrumentos (Bairrão & Almeida, 2002). Concomitantemente, sublinha-se a formação de técnicos não só a nível da sua formação de base ou pós-graduada, mas no que se refere à formação em serviço, através de formação dirigida às equipas e do desenvolvimento de situações de supervisão sistemática das práticas em IP.

Estes resultados parecem refletir modelos de intervenção centrados na família, se considerarmos que os resultados esperados dos serviços centrados na família incluem: a perceção de competência para educar uma criança; a compreensão dos seus direitos; a capacidade para aceder e defender o acesso a serviços e a satisfação com os mesmos (Bairrão & Almeida, 2002).

Dunst e Bruder, (2002), citado por Almeida, (2004), definem Intervenção Precoce como uma prática que diz essencialmente respeito,

aos serviços, apoios e recursos necessários para responder às necessidades das crianças. Incluem-se assim, atividades e oportunidades que visam incentivar a aprendizagem e o desenvolvimento da criança; e, ainda, os serviços, apoios e recursos necessários para que as famílias possam promover o desenvolvimento dos seus filhos, criando oportunidades para que elas tenham um papel ativo neste processo.

Para a mesma autora a IP dirige-se especificamente às famílias, que incluem evidentemente a criança e, é entendida como uma prática que se baseia numa rede integrada de serviços, apoios e recursos, que dá resposta às necessidades da unidade familiar.

Para uma intervenção deste tipo encontramos respostas nos Modelos Ecológico e Transacional (Sameroff & Friesen, 1990, 2000; Bronfenbrenner & Morris, 1998), salientando: a importância que têm no desenvolvimento da criança nos

seus diferentes contextos e as inter-relações que se estabelecem; as suas necessidades e prioridades; a família como principal contexto de desenvolvimento da criança e como unidade de intervenção dos programas de IP – intervir a partir das forças; a criança e família inseridas numa comunidade, com as suas redes sociais, normas, valores e atitudes próprias; e a importância de uma coordenação eficaz de serviços e recursos, que permita uma resposta integrada e atempada.

Atualmente, a perspetiva ecológica, considera a criança e a família inseridas num contexto alargado, do qual fazem parte os vizinhos, a comunidade e o sistema institucional e cultural em que se inscrevem. Esta perspetiva é vista como uma referência no que diz respeito à Intervenção Precoce. Estes modelos aparecem com um carácter inovador, pois vem colocar a tónica nos efeitos da criança e do ambiente, isto é, as experiências fornecidas pelo ambiente são indissociáveis da criança. Assim, de acordo com estes modelos, os fatores ambientais podem modificar situações de risco biológico, podendo este risco ser minimizado se forem criados contextos favoráveis ao desenvolvimento da criança ou potencializar situações problemáticas, se esta estiver inserida num ambiente inibidor do desenvolvimento, num contexto desfavorável (Meisels & Shonkoff, 2000).

Este modelo envolve quatro componentes inter-relacionadas: o processo desenvolvimental (que integra a interação entre a criança e o ambiente); a pessoa (com o seu repertório de características biológicas, cognitivas, emocionais e comportamentais, que facilitam as interações); o contexto (no qual o desenvolvimento ocorre) e o tempo (que corresponde à sequência temporal em que as interações se processam). A mudança de paradigma ocorre com a inclusão da variável tempo, quando se estuda os processos pessoa-ambiente e uma maior especificação da forma como os processos ocorrem.

O contributo dos modelos Bioecológico e Transacional foram determinantes na IP e contribuíram de forma significativa para formular, avaliar e compreender a intervenção, na medida em que

“nos fornece uma espécie de mapa social que nos permite navegar através da complexidade da programação. Ajuda-nos a ver as relações potenciais e atuais entre programas (...) auxilia-nos no sentido de possuímos uma visão global dos problemas que afetam as crianças e

orienta-nos em direção a estratégias de intervenção diversificadas” (Garbarino & Ganzel, 2000 citado por Pessanha 2008, p. 42).

Em grande parte, devido aos modelos Transacional e Ecológico, a intervenção focada na criança foi evoluindo para um modelo centrado na família. Esta perspetiva pressupõe uma abordagem holística assumindo que as partes do sistema são inseparáveis.

Tem como principais características o facto de incidir na identificação das capacidades funcionais da criança, onde os prestadores de cuidados desempenham um papel ativo e fundamental. Trata-se de uma avaliação que se deve basear em observações repetidas, realizadas em diferentes cenários da vida da criança, considerando a natureza dinâmica do desenvolvimento. Esta avaliação deve ter a colaboração das pessoas que fazem parte do dia-a-dia da criança, avaliar as características dos contextos onde a criança está inserida e se desenvolve e também das necessidades específicas de cada família e de cada criança. Assim, a avaliação ecológica, para além de identificar os objetivos funcionais a nível do desenvolvimento da criança, deve também identificar os objetivos dos pais, com o intuito de planear uma intervenção que tenha sempre em conta as necessidades/força da criança e da sua família.

Outro modelo de referência para a IP, é o modelo dos sistemas sociais (Dunst, 1985), que apresenta, uma vez mais, a visão sistémica da família, valorizando o seu papel e o da comunidade, mas que dá ênfase à questão de apoio social e defende que a intervenção se deve basear na mobilização das redes formais e informais da família.

Este modelo, segundo o mesmo autor, assenta em três princípios fundamentais: princípio da *proatividade*, defendendo que as práticas devem ser a partir das forças; princípio do fortalecimento, promovendo o controlo e acesso da família aos recursos que necessita; princípio de parceria, devendo as práticas ser baseadas na colaboração entre a família e os técnicos.

Este modelo visa a

“promoção das capacidades da criança, dos pais e da família, através da utilização de práticas centradas na família, que apoiem os pais no sentido de os tornarem mais confiantes e competentes no exercício do seu papel

de pais, criando oportunidades de aprendizagem à criança no contexto das suas atividades diárias e das famílias” (Almeida, 2009, p.166).

Uma intervenção, nas rotinas diárias e nos contextos de atividades da família, permite-nos compreender e ir ao encontro dos valores e estilos de vida da família.

Deve ter, igualmente, em consideração a análise das características do contexto das necessidades, recursos e expectativas da família, podendo assim perceber como experiências de vida qualitativamente diferentes se associam a diferentes processos comportamentais e desenvolvimentais.

Todos estes modelos determinam que o desenvolvimento humano se processa através de interações da criança com o meio, sendo os efeitos da interação bidirecionais, implicando sempre uma transformação recíproca ao nível da criança e do meio. Esta perspetiva contempla a família, a comunidade e o sistema institucional sendo as relações que se estabelecem entre todos estes sistemas responsáveis pelo desenvolvimento da criança (Almeida, 2009).

Em suma e de acordo com Weissbourd (1987), citado por Dunst, Trivette e Deal, (1994), todas as famílias, independentemente do estatuto socioeconómico ou de outras características, têm diversas necessidades que podem ser satisfeitas pelos programas de apoio às famílias. Segundo Shonkoff e Phillips (2000), os pais necessitam de competências pessoais, para interagir de uma forma construtiva com a criança; de competências organizacionais para gerir as suas vidas dentro e fora de casa; e de competências de resolução de problemas para lidar com os desafios que as crianças suscitam. Consequentemente, a forma como os pais exercem o seu papel é influenciada pelas características da família, pela sua situação económica, pela disponibilidade e qualidade dos contextos pré-escolares, pelas características da vizinhança, pelas instituições e redes sociais e pelo contexto social e cultural mais alargado (Bronfenbrenner, 1979; Magnusson, & Stattin, 1998).

## 2.2. Intervir cedo e preventivamente

A consequência da privação precoce constituiu um tema de estudo importante por volta dos anos cinquenta, sobretudo através de trabalhos de investigação de Spitz (1946) e Bowlby (1960). Os autores encontraram sinais de subestimação típica de algumas crianças privadas de uma relação privilegiada com as mães.

De acordo com a teoria de Bowlby, (1960), sobre os processos de vinculação, a qualidade dos padrões de comunicação precoce que se estabelecem entre mãe e criança refletem-se no comportamento adaptativo da criança. A criança investirá positivamente no mundo que a rodeia se tiver oportunidade de desenvolver um padrão de resposta harmonioso e adaptativo; pelo contrário, as crianças com processos de vinculação perturbados demonstram, normalmente, dificuldade de adaptação e desinvestimento no mundo que as rodeiam. (Barros, 1998).

A este nível, Ziegler (1990), refere que a plasticidade desenvolvimental é bastante vasta e que o desenvolvimento humano é caracterizado, por uma elevada plasticidade, da qual resulta a possibilidade da criança ser permeável à influência de fatores ambientais. Contudo, os primeiros anos da infância não podem ser encarados como mágicos. Os períodos pré-natal, perinatal, pós-natal, os primeiros anos de escola e até a adolescência fazem, também, parte da vida contínua do sujeito e não podem ser negligenciados, como refere o mesmo autor “cada período tem uma importância mágica”. Não obstante, as evidências empíricas desenvolvidas pelas neurociências comprovam a grande influência das experiências precoces na construção do cérebro humano (Neville, 2009; Portugal, 2010; Shonkoff, 2010).

Um dos principais objetivos das pesquisas sobre o cérebro é descobrir como construir uma arquitetura cerebral forte e saudável para que as crianças possam beneficiar de uma base segura para o crescimento e desenvolvimento futuro (Neville, 2009).

Segundo Heckmann (2006), a arquitetura do cérebro e o processo de formação de capacidades são influenciados pela interação entre a genética e a experiência individual. Assim sendo, as conquistas posteriores são construídas sobre alicerces anteriormente estabelecidos. Refere ainda que as competências cognitivas, linguísticas,

sociais e emocionais são interdependentes; todas elas são moldadas pelas experiências da criança em desenvolvimento e todas contribuem para o sucesso/insucesso da mesma. E embora a adaptação prossiga ao longo da vida, as capacidades humanas são formadas numa sequência de períodos sensíveis, durante os quais o desenvolvimento de circuitos neurais específicos e os comportamentos por eles mediados são extremamente plásticos e, por conseguinte, muito recetivos a influências ambientais.

As pesquisas desenvolvidas pelas neurociências têm destacado a importância do desenvolvimento e alguns dos conceitos que resultam destas pesquisas incluem:

(1) a sequência de ‘períodos sensíveis’ no desenvolvimento do cérebro; (2) a importância de relações de “dar e receber” com as pessoas que cuidam das crianças; (3) o papel do afeto como alicerce do desenvolvimento intelectual e emocional; (4) o estímulo do sentido crescente de poder por parte da criança; (5) a forma como o *stress* pode afetar a arquitetura do cérebro em desenvolvimento; (6) e a importância crucial das interações precoces com membros da família e com pessoas que cuidam das crianças no desenvolvimento de sistemas de gestão do *stress* (United Nations Children’s Fund - UNICEF, 2008, p. 5).

O *National Scientific Council on the Developing Child* (2005) propôs uma taxonomia composta por três categorias de experiência de stress (positivo, tolerável e tóxicos) para descrever a resposta fisiológica ao stress que pode de certo modo afetar o desenvolvimento cerebral. Esta taxonomia pretende em primeiro lugar esclarecer responsáveis políticos para a importância dos fatores biológicos, dos fatores adversos bem como das suas consequências no desenvolvimento e na saúde. O stress positivo é visto como um aspeto importante para o desenvolvimento saudável vivenciado no contexto de relações estáveis e de apoio que facilitam uma resposta adaptativa e a regulação do sistema de resposta do organismo ao stress. O stress tolerável, traduz-se num estado fisiológico que poderia vir a perturbar a arquitetura do cérebro, mas pode ser protegido pelas relações de apoio que facilitam uma resposta adaptativa. Este stress ocorre durante um período limitado de tempo e as relações de proteção ajudam a restaurar os sistemas de resposta ao stress, evitando assim interrupções neuronais que

podem ter consequências a longo prazo. O stress tóxico dirige-se para uma forte, frequente e/ou prolongada ativação dos sistemas corporais de resposta ao stress na ausência da proteção e de apoio estável por parte do adulto. Geralmente este stress encontra-se associado a fatores de risco como por exemplo a pobreza extrema, abusos físicos e/ou emocional recorrentes, negligência crónica, depressão materna grave, abuso de substância parental e violência familiar. Este stress tóxico condiciona a arquitetura cerebral e afeta negativamente os outros órgãos, aumentando assim o risco de doenças relacionadas com o stress, distúrbios ou um comprometimento cognitivo até à idade adulta.

Quando as experiências precoces são vivenciadas de uma forma coerente, estável e previsível proporcionam um desenvolvimento saudável do cérebro. Porém, quando são experienciadas como ameaça, incerteza, negligência ou abuso é ativada a organização dos sistemas de stress, podendo originar diversas perturbações (Ex: perturbação no desenvolvimento dos circuitos neuronais). Esta ativação da resposta ao stress pode também originar uma maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de diversas doenças crónicas (Shonkoff, 2010).

A evolução dos modelos conceptuais explicativos do desenvolvimento humano acompanha também toda a evolução do conceito de Intervenção Precoce na Infância (IPI) e consequentemente as suas práticas. Tem sido dado um especial realce à necessidade de intervir o mais precocemente possível com as crianças que apresentam atraso no desenvolvimento ou que estão em situação de risco (Bairrão, 1994).

Shonkoff e Philipps (2000), referem que os cuidados e relações precoces têm um impacto decisivo e duradouro na forma como as pessoas se desenvolvem, na sua capacidade para aprender e para regular as suas próprias emoções.

As relações humanas e seus efeitos são blocos de construção de um crescimento saudável. Desde o momento da concepção até à morte, relações afetuosas e íntimas são os ingredientes fundamentais do desenvolvimento humano bem-sucedido. Na realidade, muitos dos sistemas reguladores que são essenciais à sobrevivência e organização emocional do bebé, desde os primeiros momentos de vida, requerem a atenção consistente dos prestadores de cuidados.

Os traços essenciais de relações saudáveis, promotoras de crescimento e desenvolvimento nos primeiros tempos da infância, estão bem expressos nos conceitos de *contingência e reciprocidade*. Quer isto dizer que, quando as crianças pequenas e seus prestadores de cuidados estão em sintonia, sendo estes capazes de identificar pistas emocionais das crianças, respondendo às suas necessidades num período de tempo adequado, as suas interações tendem a ser bem-sucedidas e a relação tem probabilidade de apoiar um desenvolvimento saudável em múltiplos domínios: “comunicação, cognição competência sócio emocional, e compreensão moral” (Brazelton, 2003, citado por Shonkoff & Phillips, 2000, pp. 27-28).

Mas devemos intervir precocemente precisamente como meio de prevenção. Segundo Bairrão e Almeida (2003), é consensual que quanto mais cedo se iniciarem os programas de IP e com uma boa qualidade, mais eficazes serão os seus resultados.

Shonkoff e Phillips (2000), reforçam esta ideia, afirmando que uma intervenção adequada e de qualidade poderá mesmo melhorar situações frequentemente consideradas invencíveis, como alterações genéticas ou problemas neurológicos. Proporcionar experiências diretas e precoces à criança, ou influenciando comportamentos da família, trabalhando em simultâneo as relações e criando oportunidades para as mesmas, melhora consideravelmente toda a sua trajetória desenvolvimental.

Para Boavida e Borges (2003), existem várias razões subjacentes à prática de uma intervenção precoce e preventiva:

- 1) Sabe-se que o desenvolvimento e comportamento humanos, não são pré-determinados ao nascer, apenas por fatores genéticos, mas modificados por influências ambientais, positivas e negativas. Os genes e o ambiente, interagem de forma dinâmica durante o desenvolvimento constituindo ambos, quer fontes de potencial e crescimento, quer fontes de risco e disfunção (Sameroff, 2000);
- 2) A investigação sugere uma base neurobiológica para a IP, relacionada com a plasticidade neuronal (Ziegler, 1990);
- 3) O desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida, só pode ser totalmente compreendido num contexto ecológico vasto, que vai do sistema dinâmico mais

próximo e importante para a criança, que é precisamente a família, até ao ambiente social, económico e político, no qual a criança vive (Bronfenbrenner, 1990);

4) Fatores de risco e incapacidades têm o potencial de agravar ou levar ao aparecimento de problemas secundários. Por exemplo, uma criança com surdez não corrigida poderá ficar afetada na linguagem ou uma criança com má nutrição, poderá ficar com atrasos de desenvolvimento (Sameroff, 2000);

5) Os pais de crianças com atrasos de desenvolvimento poderão necessitar de apoio para estabelecer capacidades parentais adequadas (Sameroff,2000);

6) A gama de serviços e apoios de que as crianças carecem, pode ser tão ampla, que a IP só faz sentido numa perspetiva pluridisciplinar (McWilliam, 1995). A diferença das famílias que necessitam de apoio de IP também é diversificada. Por exemplo, uma criança de risco biológico ou com um atraso ligeiro de desenvolvimento, a viver numa família, sem grandes problemas económicos ou familiares, apresenta necessidades totalmente diferentes duma criança com os mesmos problemas, mas proveniente de uma família disfuncional em que o pai é alcoólico e violento e a mãe desempregada, vivendo em situação de risco e pobreza. No primeiro caso, uma vigilância médica e um acompanhamento de uma educadora, em termos de estimulação, serão suficientes. No segundo caso, já precisamos do envolvimento da saúde, da educação e do serviço social, bem como outros recursos na comunidade, mobilizando e coordenando todos esses recursos formais e informais.

Em suma, “quanto mais precocemente forem acionadas as intervenções e as políticas que afetam o crescimento e o desenvolvimento das capacidades humanas, mais capazes se tornam as pessoas de participar autonomamente na vida social e mais longe se pode ir na correção das limitações funcionais de origem” (SNIPI, 2012).

### **2.2.1. Fatores de risco e fatores de proteção na infância**

Segundo Sameroff (1975, p. 274), “...embora os acidentes ligados à reprodução possam desempenhar um papel desencadeador na produção de problemas posteriores, é o ambiente de prestação de cuidados que determinará os resultados últimos”. No entanto, na prática torna-se, por vezes, difícil distinguir entre as duas formas de risco consideradas, ou seja, risco biológico e risco ambiental devido à existência de “processos de acumulo de fatores”, designado por Bairrão (Bairrão & Felgueiras, 1998), isto é, condições fisiológicas, capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas e condições ambientais, que podem atenuar ou agravar o défice, de acordo com o peso dos fatores em questão. Assim sendo, é pouco provável que se encontre uma causa única para qualquer problema, ou seja, combinações de fatores de risco diferentes podem induzir à mesma problemática.

Furtes, Faria, Soares e Crittenden (2009), num estudo sobre o impacto de dois fatores de risco (nascimento prematuro e baixo estatuto sócio económico - ESE), na interação mãe-criança, concluíram que o fator de baixo ESE tem um peso tão negativo, que anula o peso do facto de a criança ser prematura. Assim sendo, enquanto que para famílias com médio ESE, ter uma criança prematura pode ser um motivo de preocupação e afetar a relação mãe criança ou o desenvolvimento da criança; para famílias com baixo ESE, em que a prioridade é a satisfação das necessidades básicas, o desenvolvimento da criança é duplamente afetado quer pela falta de disponibilidade na interação com a mãe, quer pela ausência de cuidados básicos, e não pelo facto de a criança ser prematura.

A associação de fatores de risco não é mais desfavorável que a pobreza propriamente dita. Parece existir um ponto onde a situação já não pode piorar mais (Fuertes, 2011).

Este estudo contraria, de certa forma, a perspetiva do risco cumulativo defendida por alguns autores nomeadamente Sameroff e Fiese (2000). Não obstante, as teorias de risco cumulativo, indicam que vários fatores de risco ambiental (baixo nível de escolaridade, saúde mental da mãe, entre outros), têm um impacto mais complexo e

negativo no desenvolvimento da criança, do que cada fator de risco isoladamente (Fuertes et al, 2009).

Dentro da *perspetiva ecológica do desenvolvimento*, Guralnick (1998) propõe uma conceptualização do desenvolvimento cognitivo, no sentido de contribuir para a definição de estratégias de intervenção precoce com crianças vulneráveis ou expostas a situações de risco ambiental e biológico. Esta visão baseia-se numa perspetiva transaccional e ecológica e enfatiza a importância das interações como processos cruciais de desenvolvimento. Segundo o mesmo autor, os fatores que orientam o desenvolvimento da criança podem ser divididos em três conjuntos de padrões de interação. O primeiro, reputar-se à qualidade das transações pais-crianças, traduzida pelas dimensões da sensibilidade, contingência das respostas, reciprocidade, interações não intrusivas e afetivamente calorosas, estrutura do ambiente, uso de linguagem adequada. O segundo, traduz-se nas experiências da criança organizadas pela família, através da seleção de materiais e jogos adequados e variados ou através da promoção de contatos da criança com outros adultos e crianças, quer em contextos informais (redes de apoio, relações de vizinhança), quer em contextos mais formais (creches, jardins de infância). Por último, as estratégias dos pais para assegurarem a saúde e a segurança das crianças, como por exemplo, obtenção de vacinas, alimentação adequada e proteção da criança a situações de violência.

No entanto, o risco de desenvolvimento não deriva simplesmente destes *processos proximais* de interação, eles próprios são influenciados por um conjunto de características da família, tais como atitudes e crenças da família, estado de saúde mental da mãe, recursos económicos limitados, relações matrimoniais stressantes, ou ausência de apoios sociais adequados - *processos distais* (Guralnick, 1998).

Embora Guralnick, neste estudo, não desenvolva este aspeto, inclui no seu esquema conceptual do desenvolvimento as características da criança, tal como o seu temperamento, como fatores que podem contribuir para a emergência de padrões de interação familiar não favoráveis ao desenvolvimento.

Nesta perspetiva, não é o grupo de pertença da família, especificamente a pobreza, que determina o risco de desenvolvimento da criança. A agregação de características adversas, específica de cada família, cria fatores que, por sua vez,

provocam alterações nos padrões proximais de interação e, conseqüentemente, podem produzir o declínio do desenvolvimento precocemente.

Em suma, os modelos que explicam o risco ambiental de desenvolvimento levam-nos a considerar a família na sua individualidade (compreendendo os processos distais de influência). Colocar a família na estrutura social mais alargada e num meio cultural particular, conduz-nos a uma apreciação mais cuidada do papel dos fatores sócio culturais no comportamento dos pais em relação às suas crianças (Laosa, 1981). A ideia chave subjacente aos modelos ecológicos é que numerosos fatores podem interagir para atenuar ou acentuar as circunstâncias associadas ao risco. Daí, alguns autores (Laosa, 1981; Garbarino & Abramowitz, 1992) considerarem o desenvolvimento emergente da criança, em cada momento, como instantâneo da cultura na qual a comunidade, a família e a criança estão inseridas e designarem o risco ambiental por risco sociocultural.

O risco ambiental de desenvolvimento é definido por Garbarino e Abramowitz (1992) como a ausência de oportunidades de desenvolvimento através do empobrecimento das interações da criança com o seu contexto e das experiências adequadas às necessidades e capacidades da criança em cada momento do seu desenvolvimento. Neste sentido, os fatores de risco ocorrem não apenas aos níveis individuais e familiares, mas em todos os níveis do modelo ecológico.

Estes autores consideram que o *Microsistema*, abrangendo os cenários próximos da criança, que a influenciam e são influenciados por ela, incluindo pessoas, objetos e acontecimentos, pode tornar-se uma fonte de risco desenvolvimental, quando é empobrecido do ponto de vista social. Neste sentido, apontam como um dos aspetos empobrecedores, a dimensão da família (famílias monoparentais, famílias numerosas) e o tipo de interação que pode ser afetada pelo clima emocional e pelos estilos parentais (pais toxicodependentes, deprimidos...). O *Mesosistema*, definido pelas relações existentes entre dois ou mais cenários nos quais a criança é participante ativa, como é o caso da casa e da escola, deriva da frequência e qualidade das relações. A este nível o risco é visível, quer pela ausência dessas relações, quer por conflitos de valores existentes ou incongruência de fatores de socialização (Garbarino & Ganzel, 2000). A nível *exosistémico*, tanto o risco como a oportunidade podem fazer-se sentir-se de duas

formas: a primeira é quando os pais ou prestadores de cuidados são tratados de forma que empobrece ou favorece o seu comportamento no microssistema que partilham com os filhos; a segunda está relacionada com a influência que as decisões tomadas nestes cenários têm no dia-a-dia das crianças e suas famílias. A nível *macrosistémico*, nível que engloba e se reflete em todos os outros, aponta-se como decisivo, para a questão de risco precoce, os sistemas político e económico do país em que a família vive e que irá influenciar o seu estatuto socioeconómico e as condições de vida da criança (Garbarino, 1990; Garbarino & Ganzel, 2000).

Ao centrarmos mais o risco ambiental, não podemos esquecer que a sua gravidade depende da interação entre duas forças. Por um lado, as crianças expostas a risco ambiental são, muitas vezes, aquelas que apresentam também risco biológico, nomeadamente risco associado a má nutrição, falta de cuidados de saúde ou situações não adequadas durante a gestação. Por outro lado, a investigação tem mostrado que as crianças não são vítimas passivas das forças exteriores. Sameroff e Chandler (1975), referem que os comportamentos dos pais podem ser influenciados pelas características e comportamentos das crianças.

Segundo Shonkoff e Phillips, (2000) “as intervenções de qualidade têm demonstrado influenciar as trajetórias do desenvolvimento das crianças cujo rumo de vida é ameaçado por desvantagens socioeconómicas, instabilidade familiar e incapacidades diagnosticadas” (p. 311).

Os estudos destes autores insistem na ciência do desenvolvimento precoce na infância e na mútua influência entre a genética e o ambiente. Salientam ainda: o papel fundamental das primeiras experiências de vida enquanto fonte de suporte ou de risco; a importância das capacidades, emoções e competências sociais que se desenvolvem nos primeiros tempos; e ainda a possibilidade de promover as condições desenvolvimentais, através de intervenções adequadas.

Shonkoff (2010) reforça a importância da ênfase colocada por cada um dos modelos conceptuais de base da IPI na influência recíproca da interação adulto-criança, bem como a carga cumulativa de fatores de risco e dos efeitos dos fatores de proteção. Enfatiza também o papel ativo que as relações estáveis e a afetividade, bem como o reconhecimento das crianças, desempenham no seu próprio desenvolvimento.

Em suma, sabemos que um aumento de fatores de risco biológicos ou ambientais, aumenta a probabilidade de ocorrerem problemas de desenvolvimento, mas também sabemos que a existência de fatores compensatórios diminui essa probabilidade. Segundo Werner (1990, citado por Almeida 2007), “os conceitos de resiliência e de fatores de proteção são a contrapartida positiva aos conceitos de vulnerabilidade e de fatores de risco” (p. 134).

Gabarino e Ganzel (2000) salientam o efeito negativo dos fatores de risco ambiental que designam como efeitos de risco socioculturais e que dão origem a inúmeros problemas, resultando da desigualdade económica e social, do desemprego, dos efeitos nocivos dos média legitimando a violência ou o racismo, entre outros.

Utilizando como referência o modelo dos *contextos de desenvolvimento* proposto por Bronfenbrenner (1979), do micro ao macrosistema, apresentamos esquematicamente os principais fatores de risco e de proteção ou oportunidade, dentro dos quatro níveis do sistema ecológico (Almeida 2007).

**Quadro I – Tabela dos fatores de risco e fatores de proteção** (Palacios & Rodrigo, 1998; Gabarino & Ganzel, 2000, citado por Almeida, 2007)

Níveis de Sistema Ecológico	FATORES DE RISCO	FATORES DE PROTEÇÃO
<b>Microsistema</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clima afetivo pobre</li> <li>- Desarmonia familiar</li> <li>- Ausência de competências educativas e de estimulação dos pais</li> <li>- Pais com baixo nível de escolaridade</li> <li>- Pais que se sentem incompetentes para lidar com a situação</li> <li>- Baixa autoestima dos pais</li> <li>- Pais com problemas conjugais</li> <li>- Membro da família toxicodependente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clima afetivo rico</li> <li>- Harmonia familiar</li> <li>- Competências educativas e de estimulação dos pais</li> <li>- Autoestima positiva dos pais</li> <li>- Criança saudável, sem problemas e fácil de lidar</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mãe/pais adolescentes</li> <li>- Criança com temperamento difícil e/ou NEE, problemas de saúde</li> </ul>	
<b>Mesosistema</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausência de ligação entre casa creche/ J. Infância (ou outros microsistemas que contenham a criança)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Boa ligação entre os microsistemas</li> <li>- Apoios aos pais</li> </ul>
<b>Exosistema</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Carências a nível económico e social</li> <li>- Desemprego dos pais</li> <li>- Horário de trabalho dos pais longo e pouco flexível</li> <li>- Condições de vida causadoras de <i>stress</i> (deslocações, condições laborais)</li> <li>- Ausência de uma rede social de apoio de qualidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pais empregados com salários adequados</li> <li>- Tempo disponível para estarem com os filhos</li> <li>- Clima laboral aberto e flexível</li> <li>- Rede de apoio social de qualidade</li> </ul>
<b>Macrosistema</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clima social e económico tenso</li> <li>- Efeitos nocivos dos media: legitimação da violência ou do racismo</li> <li>- Decréscimo de apoios a nível social</li> <li>- Cuidados de saúde precários</li> <li>- Legislação que não protege os direitos da família e da criança</li> <li>- Políticas que não respondem às necessidades das crianças com NEE e suas famílias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valorização cultural da família e do papel dos pais</li> <li>- Valorização cultural da infância</li> <li>- Progressos da medicina e das tecnologias</li> <li>- Efeitos positivos dos media: chamada de atenção para questões sociais, preocupação com minorias e populações em desvantagem</li> <li>- Legislação de proteção da família.</li> </ul>

### 2.3. Educação, família e comunidade – inclusão social

As sociedades cada vez mais heterogêneas confrontam-se com o objetivo delicado de apoiar e promover o desenvolvimento das crianças em ambientes inclusivos. É na socialização precoce que se estabelecem as bases para lidar com a diversidade, respeitar as pessoas que são diferentes e descobrir as semelhanças entre todos.

Sabemos também que as crianças de contextos de exclusão beneficiam, se forem incluídas, em programas e educação de qualidade (Bairrão, 2005). Nesse sentido, a educação de qualidade deve direcionar-se para a participação de todas as crianças, para o respeito pela sua individualidade e para a descoberta de estratégias de aprendizagem, bem como para o desenvolvimento da socialização em comum com todas as crianças.

Nos países europeus, as experiências de inclusão divergem, não só em termos temporais, mas também em termos das abordagens pedagógicas e conceitos. Na maioria das vezes, nestes países, as crianças com Necessidades Educativas Especiais (NEE) têm sido excluídas da educação regular por longos períodos de tempo (Correia, 2003).

Segundo Guralnick (2001) e Odom (2000), referidos por Correia (2003), a inclusão é um direito de todas as crianças e os resultados da investigação, especificamente sobre a inclusão de crianças em idade pré-escolar, são perentórios sobre os seus benefícios. Os cinco países estudados apresentam sistemas de educação pré-escolar inclusivos, assim como legislações favoráveis à inclusão. Apesar desta realidade, ainda não podemos falar da total eliminação de instituições segregadas, mas podemos concluir que estas estão a diminuir em detrimento da proliferação de sistemas inclusivos. Segundo Rodrigues (2006), as tendências, em matéria de princípios, políticas e práticas educativas, vão claramente no sentido da promoção da educação para todos.

Para Cardoso (2006), inclusão e diversidade são temas que provocam discussões na área educacional na última década. Embora haja uma estreita relação entre as duas temáticas não significa que, ao discutir a inclusão na educação, sejam realizados na sociedade, debates sobre a diversidade de grupos que se encontram à margem do processo social, expropriados dos direitos que são garantidos por lei, a todos os cidadãos, independente de suas diferenças individuais.

É comum, ao presenciarmos discursos de dirigentes educacionais, a afirmação de que a inclusão se refere a um processo direcionado aos alunos com necessidades educacionais especiais, mais precisamente às crianças e jovens com incapacidades. Essa definição, fruto de pouca informação e da superficialidade de análise, não está correta. Neste sentido, apenas os alunos com incapacidades seriam alvo das políticas de inclusão.

Como se vê, é necessária uma reflexão conceptual sobre o que é a inclusão, a quem se destina e onde deve ocorrer, para que se possa ter um novo olhar sobre o assunto. As políticas e práticas de inclusão não têm um significado único e consensual, já que são determinadas por múltiplos fatores. Esses fatores incluem uma ampla rede de significados no cruzamento de diferentes olhares e formas de se efetivar esse processo; é na inter-relação de como eu, os outros e as instituições sociais definem e praticam a inclusão que ela pode, ou não, tornar-se realidade (Cardoso, 2006).

Diversidade e inclusão englobam, sem se limitarem a elas, a etnicidade, género, formas de pensar, religião e crenças, orientação sexual, idade, capacidade física, nacionalidade e experiências de vida. Considera-se a diversidade como uma mistura, enquanto a inclusão é o que torna essa mistura viva, e funcional (Cardoso, 2006).

Segundo Rodrigues (2006, p. 167), a inclusão social “é um processo de transformação das estruturas e das instituições sociais, económicas, políticas e culturais no sentido de as tornar capazes de acolher todas as pessoas, em função das suas necessidades específicas e permitir a realização dos seus Direitos.” Daqui decorre a aceitação da diversas e múltiplas subjetividades, singularidades e maneiras de ser e estar no mundo, como também a riqueza da história, devemos procurar contribuir para a compreensão e construção de uma sociedade democrática onde não exista espaço para visões etnocêntricas e excludentes (Cardoso,2006).

Na Declaração de Salamanca, 1994, a ideia de escola inclusiva

abrange crianças portadoras de deficiências e aquelas que apresentem dificuldades temporárias ou permanentes na escola, com insucesso escolar, as que sejam forçadas a trabalhar, as que vivem nas ruas, as que moram distantes das escolas, as que vivem em condições de extrema pobreza ou que sejam desnutridas, as que sejam vítimas de guerra ou

conflitos armados, as que sofrem de abusos contínuos físicos, emocionais e sexuais, ou as que simplesmente estão fora da escola, por outra razão.(Declaração de Salamanca, 1994, p.12).

Como tal, as instituições inclusivas devem reconhecer e responder às diversas necessidades das crianças e suas famílias acomodando tantos estilos, como ritmos diferentes de aprendizagem e assegurando uma educação de qualidade a todos através de planos apropriados, modificações organizacionais, estratégias e uso de recursos e parceiras com a comunidade (Declaração de Salamanca, 1994).

Segundo Nóvoa (1992), Instituições inclusivas devem possuir a sua autonomia para a criação de uma identidade, um projeto próprio que facilite a adesão dos diversos atores - escola, família, comunidade.

Neste sentido, a comunidade, está ao serviço das instituições e da família. Uma instituição aberta à comunidade e que a trabalhe possibilita, quer às famílias, quer aos membros dessa comunidade, a possibilidade de aceder a níveis de formação e crescimento pessoal. Constitui, de igual forma, uma fonte rica de experiências que entram na vida educacional e na vida familiar. Entende-se por comunidade, o lugar em que a criança, a família e a escola deveriam encontrar recursos para a sua educação, já que é um marco comunitário em que a estão ligadas e influenciadas pelos valores socioculturais da comunidade (Gervilla, 2008).

A interdependência na intervenção das três instituições (família, escola e comunidade) é fundamental para garantir a complementaridade dos papéis que cada uma é responsável por exercer no processo educativo da criança. A Recomendação nº3/2011, considera o envolvimento dos pais, famílias e comunidades, como saberes únicos e específicos que são essenciais à educação de infância. *Uma parceria eficaz pressupõe o envolvimento dos pais nas estruturas para a infância.*

Para Brazelton e Greenspan (2002), em muitas comunidades, existem famílias que necessitam de apoios para além dos serviços de apoio organizados pelas escolas e outras instituições. Por exemplo, se não existir um centro de saúde na comunidade, o Hospital poderá não ter capacidade para dar resposta a inúmeras pessoas que recorram em simultâneo aos seus serviços..."As comunidades devem ter capacidade de cuidar daqueles que mais necessitam" (Brazelton, Greenspan, 2002, p. 210). Existem famílias

com problemas múltiplos como depressões ou doenças mentais, abusos de droga e álcool, problemas conjugais sérios e, conseqüentemente, dificuldade em educar os seus filhos. Devido a anos de abandono, de exclusão social, e passividade, muitas vezes atravessando gerações, muitas famílias com estas características são incapazes de utilizar os sistemas de saúde, os serviços sociais e outros recursos. Não obstante, em vez de procurarem apoio, entregam-se a práticas mais destrutivas, como o isolamento social e o abuso de substâncias tóxicas.

Deste modo é necessário que as redes de apoio, formais e informais, sejam específicas para cada família. Entende-se por redes de apoio social formal aquelas que incluem profissionais (médicos, terapeutas, técnicos do serviço social...) ou serviços (hospitais, centros de saúde, programas de Intervenção Precoce na Infância...), formalmente organizados para prestar apoio a pessoas com determinado tipo de necessidades. As redes de apoio social informal incluem indivíduos (familiares, amigos, vizinhos...) e grupos sociais (igreja, associações culturais, clubes...), normalmente disponíveis para prestar apoio no dia-a-dia, como resposta a acontecimentos normativos e não normativos. (Rodrigues, 2006).

Em suma, a educação e os cuidados primários na infância proporcionam às sociedades uma oportunidade para reduzir a pobreza, a desigualdade e a desvantagem económico-social. A desigualdade na educação está intimamente relacionada com o ambiente familiar e manifesta-se mesmo antes do início da escolaridade formal. No entanto, se os serviços para a infância derem prioridade às crianças desfavorecidas e suas famílias, se esses serviços forem de qualidade suficientemente elevada e se estenderem às comunidades através do apoio aos pais, os efeitos da pobreza e da desvantagem no futuro de muitas crianças, poderá ser reduzido e atenuado (UNICEF, 2008).

Não obstante, as instituições sociais confrontam-se com novas questões de exclusão social ao nível da cidadania, do trabalho, da educação multicultural, do território e da identidade. É neste terreno controverso, desigual e crescentemente complexo, que a inclusão (seja social ou educativa) procura prevalecer. Neste aspeto, poder-se-ia dizer que quanto mais a exclusão social efetivamente cresce, mais se fala em inclusão (Rodrigues, 2006).

## 2.4. Práticas adequadas e trabalho de equipa

Dunst (2002), clarifica as bases de IP, referindo que o sucesso dos programas dependem dos seguintes princípios:

- a) Centrar-se nas necessidades da família, fortalecendo o funcionamento individual e familiar;
- b) Valorizar o sentido de comunidade, partilhando valores e necessidades comuns;
- c) Respeitar crenças e valores na família;
- d) Mobilizar recursos e apoios, construindo sistemas de suporte formais e informais;
- e) Construir e fortalecer relações de cooperação entre pais e técnicos, partilhando ideias, experiências e práticas profissionais;
- f) Ter em conta o ambiente natural de aprendizagem da criança, visando objetivos úteis às crianças e famílias e inseridos nos jogos e rotinas do dia-a-dia.

Para atingir os princípios propostos por Dunst, os técnicos devem fazer visitas domiciliárias para observar o ambiente em que as famílias vivem, para perceber melhor as suas necessidades e, conseqüentemente, criar programas que vão ao encontro dessas mesmas necessidades. Segundo Powell (1999), é melhor levar os serviços até às famílias, em vez de esperar que as famílias procurem os serviços. No entanto, é necessário que os técnicos estejam emocionalmente disponíveis e colaborantes e que respeitem as características e necessidades individuais da criança e da família, adotando uma abordagem individual e única para cada família e para os diferentes membros da mesma, pois não existe uma fórmula certa para todos os pais (Wolke, 1995).

O *modelo transdisciplinar*, é hoje considerado como uma prática recomendada em intervenção precoce, devido à abordagem holística e completa que faz à criança e à família, através da partilha e troca de competências entre os profissionais, sendo incompatível com uma prestação de serviços fragmentada (Bruder, 1996; McWilliam, 2000; & Sandall, 1997, citado por Almeida, 2007). Este modelo defende que o desenvolvimento da criança deve ser visto como integrado e interativo e que as respostas devem ser dadas no contexto da família. Assim, considera a família como

elemento integrante da equipa, mas respeita a sua decisão no que diz respeito à natureza e à extensão desse envolvimento.

Uma vez que pretende maximizar a comunicação e a interação entre os seus elementos, de forma a poder proporcionar uma resposta integrada às crianças e famílias, o modelo transdisciplinar implica um elevado grau de colaboração e de transferência de papéis. Nesse sentido, os profissionais de várias disciplinas trabalham em conjunto, reunindo-se regularmente para troca de informações, conhecimentos e competências. A informação do serviço e partilhada é uma prioridade. A família é sempre membro ativo e participante da equipa e define o seu próprio papel. Os elementos da equipa e a família planeiam e realizam a avaliação em conjunto, de forma a operacionalizar a intervenção, baseando-se nas preocupações, prioridades e recursos da família. É designado um técnico responsável para implementar o plano com a família, com o apoio de retaguarda de toda a equipa. Este tipo de funcionamento permite que exista um menor número de profissionais a interagir diretamente com a criança e a família (Almeida, 2007).

No entanto, como refere Sandall (1997), para que este modelo funcione eficazmente é fundamental o empenhamento e a capacidade de colaboração dos profissionais que integram a equipa, a par do empenhamento dos organismos de que dependem. É importante que estes compreendam, que deve ser disponibilizado tempo aos profissionais, no seu horário de trabalho, para se reunirem e trocarem experiências com os outros elementos da equipa, a par de um apoio continuado e de formação conjunta.

Este modelo revela-se mais eficaz quando os elementos da equipa já trabalham em conjunto durante um período de tempo considerável, o que leva McGonigel, Wodruff e Roszmann-Millican (1994) a considerarem que ele pode ser encarado como uma evolução da equipa ao longo de um período de tempo contínuo, progredindo de uma menor para uma maior interação, entre as diferentes áreas de especialidade.

Este modelo de base, centrado na família, considera as práticas adequadas com os seguintes objetivos para as equipas:

- Encarar a família como unidade de intervenção e como principal contexto de desenvolvimento da criança;
- Responder às necessidades e prioridades da família;

- Reconhecer os pontos fortes da família e intervir a partir das forças;
- Agir cedo para a prevenção primária (questões relacionadas com o desenvolvimento, crescimento, *touchpoints*), secundária (minimizar os fatores de risco e a sua incidência) e terciária (de risco já existente), com a finalidade de remediar, habilitar e capacitar a família para a sua autonomia e tomadas de decisões;
- Incentivar a família a encontrar e a pôr em prática as suas próprias soluções: individualização das respostas e reconhecimento dos valores, normas e cultura da família;
- Organizar, coordenar e articular eficazmente serviços, transdisciplinaridade das práticas e multiplicidade de serviços;
- Articular os domínios (científicos, técnicos, famílias, criança, organizações e instituições) - respostas integradas família-escola-comunidade;
- Intervir temporariamente, localizando no tempo, trabalhando e intervindo nos contextos de vida da criança e suas rotinas, harmonizando as relações entre eles;
- Antecipar, preparar e apoiar as transições ecológicas, sendo que cada transição constitui uma oportunidade de risco/resiliência. (Dunst, 2006).

Numa procura de caracterizar equipas eficazes, (Bruder, 1996, citado por Almeida 2007), apresenta um estudo realizado por Larson e LaFausto (1989), que enuncia como equipas eficazes as que têm: *um objetivo claro e valorizado*, (acreditando-se capazes de *mudar as coisas*); *uma estrutura da equipa dirigida para os resultados* (alcance dos objetivos, resolvendo problemas de forma criativa e com tática); *elementos da equipa competentes* (papeis bem definidos, desejos de contribuir para os resultados e capacidade de trabalhar em conjunto); *um clima de colaboração* (confiança, honestidade, consciência, sinceridade e respeito); *critérios de excelência* (padrão de desempenho, quer individual, quer de equipa); *o apoio e reconhecimento externo* (disporem dos recursos necessários para um bom trabalho); *uma liderança com base em princípios* (uma boa liderança é focada nos objetivos, abre perspetivas, cria mudanças e proporciona tomada de decisões).

Existem também documentos/relatórios que indicam recomendações para as equipas que trabalham em IP<sup>2</sup>, propondo:

- 1- *Disponibilidade* – abranger, tão cedo quanto possível, todas as crianças e famílias que necessitem de apoio. Para tal, existem medidas políticas regulamentadas e dirigidas a essa população alvo – (decreto-lei 281/09 – critérios de elegibilidade). A informação deverá ser disponibilizada de forma clara, precisa e acessível a todos os intervenientes no processo.
- 2- *Proximidade* – deverá ocorrer em duas perspetivas, por um lado, descentralizar os serviços e recursos, para permitir que a população alvo beneficie dos apoios necessários; por outro lado, ir ao encontro das necessidades da família e das crianças, havendo compreensão e respeito pelas mesmas.
- 3- *Viabilidade financeira* – os serviços são oferecidos gratuitamente ou a baixo preço, uma vez que são garantidos através de fundos públicos assegurados pelos serviços de saúde, da segurança social e da educação, de forma a preencher os padrões de qualidade exigidos na respetiva legislação nacional para IP.
- 4- *Interdisciplinaridade* – os profissionais que prestam apoio às crianças e suas famílias são de diversas áreas, conforme as necessidades da família, logo possuem diferentes experiências. Como tal, o trabalho de uma equipa multidisciplinar deve partilhar e coordenar a informação, apesar de as tarefas de cada um serem realizadas individualmente. Deverá haver também cooperação com a família, não esquecendo que esta funciona como parceiro envolvido em todo o processo. Além deste trabalho conjunto entre a equipa (incluindo a família), outros serviços ou redes, deverá haver também estabilidade nos membros da equipa.
- 5- *Diversidade* – Envolvimento dos três Ministérios: Saúde, Segurança Social e Educação, devendo existir uma coordenação adequada entre os serviços e recursos, principalmente aquando da referenciação do processo, evitando lacunas que possam comprometer a intervenção e assegurar recursos comunitários, dando apoio prestado e continuado, sobretudo ao nível dos períodos de transição na Educação.

---

<sup>2</sup> De acordo com o relatório Síntese da European Agency for development in Special Needs Education, 2005, pp.45-51

## **Parte II - Estudo Exploratório**

## **Apresentação do estudo exploratório**

### *Aos olhos das Famílias e dos Profissionais ...e espreitando as Equipas...*

Nesta parte, apresentamos um estudo exploratório dividido em três partes distintas. A primeira refere-se a análise de entrevistas à população alvo deste projeto, com o intuito de justificar a necessidade de criar uma Equipa de Intervenção Precoce no Centro Social do Bairro 6 de Maio. Deste modo, podemos compreender melhor quais as necessidades, preocupações e expectativas das famílias envolvidas. Na segunda parte do estudo, podemos observar e analisar quais as representações que os técnicos, da possível futura equipa, possuem sobre a natureza e a constituição de uma equipa de intervenção precoce. Na terceira parte do estudo, apresentamos quatro modelos de equipas de IP distintas e serão caracterizadas quer quanto à sua localização geográfica ou área de atuação, quer igualmente, quanto às suas práticas e modos de ação. Pretendemos, assim, recolher alguns exemplos que orientem a construção do nosso projeto.

Primeiramente, apresentamos a Metodologia da Investigação, o objeto de estudo, participantes, recolha de dados e procedimento. Seguidamente, apresentamos a análise e sínteses das três partes acima citadas. Por fim, o ponto de partida para o projeto exposto no capítulo seguinte.

### **1. Metodologia de Investigação**

A abordagem escolhida para compreender e descrever o objeto do nosso estudo, foi a investigação qualitativa, por considerarmos ser aquela que melhor se adequa aos objetivos da nossa investigação.

Para Coutinho (2008), o investigador qualitativo tem de criar uma dialética entre o planeamento e o desenvolvimento da ação, assegurando uma coerência entre as questões formuladas, a revisão de literatura e análise dos dados. Neste sentido, o investigador deve reunir um conjunto de características, nomeadamente: abertura, sensibilidade, criatividade e reflexão.

Num trabalho de investigação, com a finalidade qualitativa, são utilizadas técnicas de recolha de dados para adquirir conteúdo informativo relevante para a sua construção. Assim sendo, a técnica que melhor se aplica a este trabalho é a da entrevista. Segundo Gomes, Flores e Jiménez (1999) “entrevista é uma técnica em que uma pessoa (o entrevistador) solicita informação de outra ou de um grupo (entrevistados, informantes), para obter dados sobre um determinado problema” (p. 167). Trata-se de privilegiar a abordagem direta das pessoas nos seus próprios contextos de interação.

Para a nossa recolha de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada, realizada face-a-face, composta por questões abertas, que permitiu às famílias, técnicos e equipas, expressarem de forma espontânea as suas respostas. Segundo Smith (1999), citado por Tegethof (2007), “a utilização deste formato de entrevista facilita a empatia entrevistador-entrevistado, permite uma maior flexibilidade e abrangência temática, tendendo a proporcionar uma maior riqueza de dados” (p. 350).

A realização das entrevistas semiestruturadas parte de um guião, no qual o entrevistador já estabeleceu um conjunto de temas/questões que pretende explorar (Máximo & Esteves, 2007). Apesar da existência do guião, as questões foram colocadas de modo flexível, o que permitiu estabelecer uma conversa entre o entrevistador e os entrevistados.

Em relação à análise do conteúdo das entrevistas, realizou-se uma abordagem interpretativa construindo-se quadros divididos por categorias, subcategorias, indicadores e entrevistados ou participantes. Através destes quadros obtivemos um panorama geral do resultado das entrevistas. Esta técnica, tal como refere Almeida (2007), tem como objetivo isolar e interpretar temas, questões e motivos recorrentes no material em estudo, permitindo deste modo, um conjunto de informações mais curtas e manuseáveis.

### **Objeto de Estudo**

Necessidades, preocupações e anseios da família - Com a finalidade de verificar a necessidade da criação de uma equipa de intervenção precoce no Centro Social do

Bairro 6 de Maio, realizou-se um diagnóstico à população alvo. A entrevista continha apenas três questões:

- A primeira questão, com o objetivo fulcral de detetar os principais problemas/preocupações a que estas famílias estão condicionadas (Quais as principais preocupações do seu dia-a-dia?);
- A segunda questão, relacionada com o apoio que as famílias gostariam que os seus filhos tivessem a todos os níveis (Quais os apoios que necessita para a educação dos seus filhos?);
- A terceira questão, com a idealização de família, refletindo os desejos e ambições, sobretudo de estabilidade, qualidade de vida e valores sociais (O que é para si uma família feliz?).

Esta questões refletem-se numa auscultação própria, necessária para o arranque de todo este processo.

Abordagem do trabalho em equipa pelos técnicos – Foram realizadas entrevistas a profissionais de áreas diferentes que irão constituir a futura equipa. Este estudo remeteu-nos para uma abordagem à perceção e representação que cada técnico tem sobre a criação de uma equipa de IP: o que é a Intervenção Precoce e quais os seus objetivos; a importância da criação de uma equipa no Centro Social; os modelos e práticas adequadas; a importância das parcerias e recursos; e ainda qual a função que gostaria de desempenhar na Equipa.

Experiências prévias de Equipas de IP – Com o objetivo de compreender como outras equipas funcionam realizou-se um conjunto de questões que podem servir de modelo ou inspiração para a elaboração do Projeto a implementar no Centro Social no Bairro 6 de Maio – Constituição de uma Equipa de IP. As questões estão relacionadas com: a história da equipa; qual o processo para constituir a equipa; quais os objetivos; como se organizam; qual o modelo adotado; como envolvem a família e a comunidade e quais os recursos e parcerias.



O número de filhos por agregado oscila entre 1 e 3 crianças, sendo a sua média 2.

Existem também seis mães que se encontram sozinhas a cuidarem dos seus filhos, sendo o único elemento adulto do agregado familiar: duas por opção; duas porque os maridos partiram para o estrangeiro na esperança de encontrar uma vida melhor e duas pelos respetivos maridos se encontrarem reclusos.

Observa-se ainda que apenas três famílias têm o apoio financeiro de reinserção social e todas residem no Concelho da Amadora, sendo a maioria do Bairro 6 de Maio. Em relação aos dados demográficos das crianças, verifica-se que a maioria das idades das crianças varia entre 1 e 2 anos, no entanto, existem duas crianças com idades superiores a seis anos, referidos como irmãos mais velhos do grupo alvo, perfazendo uma média de 4 e um desvio padrão de 3,01.

As crianças até aos três anos estão em Amas ou Creches, exceto uma que fica em casa com o pai, e as crianças entre os 3 e os 5 Anos frequentam o Jardim-de-infância.

Técnicos - Os técnicos entrevistados são seis profissionais que se disponibilizam para constituir a futura equipa e trabalham direta ou indiretamente no Centro Social. São técnicas com profissões diferentes integradas na área de Intervenção Precoce: terapeuta da fala; psicóloga; educadora de infância; técnica de serviço social; técnica de desenvolvimento comunitário; e enfermeira. Esta seleção foi idealizada como sendo as supostas técnicas da futura Equipa de Intervenção Precoce. As técnicas fazem parte dos recursos humanos do Centro Social 6 de Maio, sendo que a terapeuta e enfermeira são apenas parceiras pontuais. São todas do sexo feminino e as suas idades oscilam entre os 33 e os 45 anos. Apenas duas são Mestres na sua área (terapeuta e enfermeira) e a psicóloga encontra-se em vias de terminar o seu Mestrado em Intervenção Precoce. As restantes são todas licenciadas nas respetivas áreas. A maioria das técnicas já tem uma vasta experiência, mas apenas a terapeuta da fala e a psicóloga têm experiência na área de Intervenção Precoce.

Equipas – As equipas escolhidas foram quatro equipas de diversos locais: Lisboa, Almada, Sobral de Monte Agraço e Açores. As características das equipas também são diversificadas duas estão mais direcionadas para a área da saúde e ação social (Almada

– “Centro de Desenvolvimento Infantil” e Açores – “Âncora”), sendo que estão as duas ligadas ao Ministério da Saúde: Hospital e Centro de Saúde, respetivamente. As outras duas Equipas estão mais direcionadas na área da Educação (GADIF e Sobral de Monte Agraço), sendo que uma é particular e a outra faz parte de um Agrupamento de Escolas.

Estas equipas distintas que atuam no âmbito da Infância, apenas duas têm acordo de cooperação para IPI (Âncora e Sobral de Monte Agraço), e as outras duas não têm acordo, apesar de atuarem com os princípios e modelos definidos pela IP.

Foi pedido a um representante de cada equipa que se disponibilizasse a responder às questões relacionadas com as suas equipas de trabalho. Na equipa dos Açores, a representante é Doutorada em Psicologia com especialização em IP e é a coordenadora do projeto; na Equipa de Lisboa, a representante é Doutorada em Psicologia, com especialização em IP e ainda foi fundadora e coordenadora do projeto inicial; na Equipa de Almada, a representante foi uma Terapeuta Ocupacional, com frequência de Mestrado em IP e é membro da equipa; na Equipa de Sobral de Monte Agraço, a representante é uma Educadora de Ensino Especial com frequência de Mestrado em Ensino Especial, e é destacada pelo Ministério da Educação.

### **Recolha de dados**

Família, Técnicos e Equipas - Todos os dados foram recolhidos entre Janeiro e Abril de 2012, pela Educadora / Investigadora deste projeto.

### **Procedimento**

Família e Técnicos - Foi criado em primeiro lugar, um guião de entrevista semiestruturada, com as questões acima citadas. A entrevista foi realizada em contextos familiares (casa ou instituição), num ambiente acolhedor e calmo, pela educadora/investigadora deste trabalho, que tem uma relação de confiança com as entrevistadas (famílias e técnicas) permitindo às entrevistadas uma maior abertura das suas reais preocupações ou perceções. De igual forma, foi explicado às entrevistadas

quais os objetivos do trabalho e garantido o anonimato dos participantes. Antes de dar início à entrevista às famílias, foram recolhidos os dados demográficos (quadro I).

Procedeu-se, por fim, à análise dos dados dos conteúdos de todas as entrevistas. Nas entrevistas das famílias podemos encontrar um quadro com categorias, subcategorias, indicadores, participantes e total. Este quadro requer uma análise explicativa e interpretativa de alguns pontos.

Em relação à análise das entrevistas aos profissionais, podemos observar um quadro para cada questão com os indicadores e profissão e um quadro síntese para cada questão com categorias, síntese dos indicadores e participantes. Com este quadro-síntese torna-se dispensável acrescentar uma análise explicativa, pois o leitor tem acesso imediato aos resultados.

Equipas - Foram selecionadas quatro responsáveis de cada equipa para responder às questões relativamente a esta entrevista. Existiu o cuidado de escolher equipas de diferentes locais e diferentes áreas para que os resultados fossem mais abrangentes e diferentes. Procedeu-se a uma exposição dos resultados, sendo que as categorias são as próprias questões e os indicadores estão divididos por equipa para obtermos uma perceção e comparação preferível entre as equipas. Este quadro é meramente informativo não necessitando de uma análise interpretativa.

Todas as entrevistas foram transcritas de forma integral para que os resultados fossem apresentados com mais fidelidade e precisão possível.

## 2. Análise de dados e apresentação dos resultados

### 2.1. Estudo das preocupações, necessidades, e anseios das famílias do Bairro 6 de Maio

**Quadro II - Análise de conteúdo das entrevistas às famílias**

Categorias	Subcategorias	Indicadores	Entrevistados	Total
Preocupações/ /Problemas	Finanças	Habitação	1,3,4,6,7,8,9,10,13,14	10
		Emprego	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12, 13,14	14
		Bens materiais E despesas	1,3,6,8,10,11	7
	Direitos	Legalização e Nacionalidade	2,4,11	3
	Educação das crianças	Desenvolvimento/ Aprendizagem	1,2,4,5,7,10,11,12,14	9
		Educação de Qualidade no Futuro	1,2,3,4,5,7,10,12,14	9
	Saúde	Subsistência/Alimen tação	4,6,10,12,13	6
		Acesso a Tratamento/Medica mentos	1,4,5,7,9,10,11,12,13	9
	Vida Comunitária	Infraestruturas	1,3,6,9	4
		Qualidade de Vida no Bairro	2,3, 8,9,10,13	6
Segurança		2,3,6,9	4	
Apoios (necessidades)	Subsídios	Subsistência	1,2,3,4,8,10,11,12	8
	Educação	Acompanhamento escolar	1,2,3,4,5,7,8,9,11,12,13	11

	Apoios Técnicos	Terapia da Fala	1,11	2
		Gabinete de Psicologia	4,8,9,13	4
		Gabinete de Serviço Social	1,2,4,8,11	5
		Cuidados de Saúde	1,8,9,13	4
	Apoios Comunitários	Clubes desportivos e culturais	2,6,7	3
Idealização de Família/ambições	União na família	Comunicação/Valores	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12, 13,14	14
	Educação	Filhos com estudos	1,2,3,4,5,7,11	7
	Qualidade de Vida	Saúde	4,5,7,8,9,10,13	7
		Estabilidade Financeira	1,3,4,7,11,13	7

Ao nível da categoria **preocupações/problemas** sob a forma de subcategoria - Finanças - detetaram-se três indicadores:

- **Habitação** – as entrevistadas referem principalmente que as rendas são elevadas e as casas estão em muito más condições: húmidas, pequenas, má construção;

- **Emprego** – são referidas inseguranças por não terem um trabalho fixo, provocando grande instabilidade económica e o aumento do desemprego nomeadamente ao nível da construção civil. Os homens ficam desocupados, e alguns dedicam-se a atividades ilícitas ou a consumo de álcool.

- **Bens materiais e despesas** (dificuldades em pagar água, luz, gás, roupa, outros materiais necessários como, por exemplo, eletrodomésticos).

Ao nível da subcategoria – Direitos – detetou-se apenas a questão da **legalização ou aquisição de nacionalidade**, constituindo esta, um entrave para a integração na sociedade no que respeita, por exemplo, a procura e estabilidade ao nível de emprego.

Na subcategoria – Educação das crianças – as preocupações são ao nível das:

- Capacidades e sucessos que as crianças possam ter na escola;
- Acompanhamento do desenvolvimento e aprendizagem das crianças;
- Educação de qualidade no futuro, sobretudo ao nível do ensino básico onde se verifica falta de apoio e envolvimento nas escolas circundantes ao bairro. As famílias expressam sentimentos de exclusão por morarem no bairro.

Em relação à subcategoria – Saúde – verificam-se **carências ao nível da alimentação**, e conseqüentemente, a preocupação sobre o efeito do crescimento das crianças. Deteta-se ainda o **difícil acesso a tratamentos e medicamentos**, sobretudo no caso de doenças crónicas.

Na subcategoria - Vida Comunitária - destacam-se as **más condições de saneamento básico**; a qualidade de vida no bairro com as ruas degradadas e com uma invasão de toxicodependentes na compra e venda de estupefacientes e a questão de segurança que é sentida com a falta de apoio que os jovens têm, andando à deriva e cometendo pequenos crimes e, de igual forma, o aparecimento nas ruas de objetos perigosos para as crianças como, por exemplo, as seringas dos toxicodependentes.

Na categoria – **Apoios/Necessidades** – podemos encontrar três subcategorias: subsídios, educação e apoio técnico. Em relação aos subsídios as entrevistadas referem que necessitavam de obter um **subsídio** para complementar os seus ordenados referidos como muito baixos, ou por terem trabalhos sem contratos, ou por um dos membros da família estar no desemprego. Em relação à Educação as necessidades apontam para um eventual acompanhamento escolar e para que os filhos prossigam os estudos sem que nada lhes falte, temendo que não acabem os estudos, como lhes sucedeu a si mesmas.

Ao nível dos **apoios técnicos**, as necessidades apontam para a **terapia da fala em algumas crianças** e de **acompanhamento psicológico** para algumas mães, por razões de depressão, solidão e doenças como Human Immunodeficiency Vírus (HIV).

Quanto ao **apoio do serviço social**, aponta-se para um apoio ao nível de **emprego, subsídios, nacionalidade, banco alimentar**, entre outros. Em relação aos cuidados de saúde, verifica-se a necessidade de apoio ao nível da alimentação para que as crianças cresçam com os nutrientes necessários e, apoios financeiros na compra de medicamentos e acesso a tratamentos. Por fim, algumas apontam os clubes desportivos

e culturais, como possíveis apoios para manter os seus filhos em atividades desportivas a custos baixos, e, zelando por uma vida saudável para as crianças.

Na última categoria – **Idealização da família/Ambições** – encontramos três subcategorias: **União de família, Educação e Qualidade de vida**. Em relação à primeira todas as entrevistadas desejam ter a família unida. Muitas mães sentem-se sós, outras acreditam que a família unida é uma grande força e que a comunicação entre si é essencial. Todas as entrevistadas dão mais ênfase aos valores sociais e humanos ao invés de bens materiais. Ao nível da educação, os desejos apontam para o sucesso escolar e que os filhos cheguem à faculdade para que possam ter uma vida melhor. Por último, todas zelam por uma boa saúde e estabilidade financeira que são duas das suas grandes preocupações.

## 2. 2. Estudo das representações Técnicos do Centro Social acerca da criação de uma equipa de IP

**Quadro III - Indicadores da questão 1 da Entrevista ao Membros da Equipa (EME)**

<b>Questão 1 - Qual a sua definição de intervenção precoce? Que critérios de elegibilidade orientam a sua prática?</b>	
<b>Técnico</b>	<b>Indicadores</b>
Terapeuta da fala  (TF)	<p>A Intervenção precoce é um conjunto de medidas de natureza preventiva e reabilitativa;</p> <p>A Intervenção precoce é um conjunto de medidas no âmbito da saúde, da educação e da ação social;</p> <p>A Intervenção precoce é proporcionada à criança pelos seus pais e por outros prestadores de cuidados primários;</p> <p>A IP tem o objetivo de promover a aquisição de competências;</p> <p>A IP permite à criança um melhor envolvimento nas diferentes rotinas;</p> <p>A IP é centrada nos vários contextos em que a criança vive;</p> <p>A Intervenção precoce trabalha com crianças dos 0 aos 6 anos;</p> <p>A IP trabalha com crianças com alterações nas funções e estruturas do corpo ou em risco grave de atraso de desenvolvimento.</p>
Psicóloga  (PS)	<p>A IP trabalha com crianças até aos 6 anos de idade;</p> <p>A IP é uma intervenção centrada na família;</p>

	<p>Os critérios de elegibilidade estão relacionados, com as alterações da estrutura e funções do corpo;</p> <p>A IP é um trabalho direto com a família para chegar à criança;</p> <p>Os critérios de elegibilidade podem ser atrasos de desenvolvimento sem ou com etiologia conhecida ou estão relacionados com os fatores de risco ambiental e social;</p> <p>A acumulação dos fatores de risco é um dos critérios de elegibilidade;</p> <p>A IP é um modelo de Intervenção para prevenir e não para remediar.</p>
Educadora de Infância (EI)	<p>A IP é um acompanhamento destinado a crianças com atrasos de desenvolvimento;</p> <p>A IP é um serviço prestado às crianças e suas famílias;</p> <p>A IP tem incidência no meio onde as crianças vivem;</p> <p>A IP tem o objetivo de minimizar efeitos secundários que as crianças possam vir a ter no futuro;</p> <p>A Sinalização deve ser feita pelos hospitais, creches ou mesmo a própria família;</p> <p>Deve ser realizada uma avaliação para perceber qual o problema que a criança;</p> <p>Deve realizar-se um programa de intervenção para trabalhar com a criança e a família;</p> <p>Os critérios de elegibilidade são destinados essencialmente às crianças expostas a fatores de grande risco ambiental e socioeconómico;</p> <p>Os problemas da família podem afetar o desenvolvimento das crianças;</p> <p>As crianças devem ser acompanhadas precocemente para não deixar que os riscos aumentem.</p>

Técnica de Desenvolvimento Comunitário (TDC)	<p>A Intervenção Precoce foca-se em práticas com o intuito de incentivar a aprendizagem e o desenvolvimento da criança;</p> <p>A IP promove um crescimento saudável da criança;</p> <p>A IP deve ser eficaz e consistente;</p> <p>É necessário intervir junto da criança, do contexto que está inserida e com a família;</p> <p>A IP deve atuar em três dimensões: a criança, a família e a comunidade;</p> <p>Os critérios de elegibilidade são identificar os fatores protetores e os de risco, no sentido, de poder enaltecer uns em prol de diminuir ou mesmo anular os outros.</p>
Técnica de Serviço Social (TSS)	<p>A IP é uma intervenção centrada na criança e na sua família;</p> <p>A IP presta apoio no âmbito educativo, terapêutico e social;</p> <p>AIP promove um desenvolvimento e integração adequada da criança;</p> <p>A IP previne e colmata atrasos que se verificam no desenvolvimento da criança;</p> <p>A prática da intervenção precoce visa sinalizar e intervir com crianças (quanto mais cedo melhor);</p> <p>Os critérios de elegibilidade são dirigidos às crianças que apresentem atrasos no desenvolvimento, necessidades educativas especiais ou necessidades sociais.</p>
Enfermeira (EF)	<p>A Intervenção precoce implica necessariamente um trabalho com as famílias;</p> <p>A IP deve trabalhar as famílias sobretudo antes de os filhos nascerem;</p> <p>A intervenção é realizada com o intuito de prevenir todos os riscos que possam suceder.</p> <p>Os critérios de elegibilidade estão relacionados com riscos de saúde (doenças) - e riscos ambientais – (más condições de</p>

vida)

Os riscos a que a população alvo está exposta são inúmeros e prejudicam as crianças no seu desenvolvimento;

Os critérios de ele- que devido às condições em que a população vive têm incidência no desenvolvimento criança.

**Quadro IV - Síntese e análise da questão 1 da EME**

Questão 1: Qual a sua definição de intervenção Precoce e que critérios de elegibilidade orientam a sua prática?		
<b>Categorias</b>	<b>Síntese dos Indicadores</b>	<b>Participantes</b>
Natureza da IP	Preventiva	TF, PS, TSS, EF
	Reabilitativa	TF, TSS
Domínios da IP	Saúde – apoio terapêutico	TF, TSS
	Educação – apoio educativo	TF, TSS
	Ação Social – apoio social	TF, TSS
Objetivos	Promover aquisição de competências da criança	TF
	Melhor envolvimento da criança nas rotinas	TF
	Envolver a família	EI
	Sinalizar, avaliar e intervir com a família	EI, TSS
	Elaborar um plano de intervenção com a família	EI
	Prevenir atrasos de desenvolvimento das crianças	PS, TSS
	Favorecer/promover o desenvolvimento das crianças	PS, EI, TDC, TSS
	Promover a Integração da criança	TSS
	Acompanhar as crianças precocemente	EI, TSS
	Incentivar a aprendizagem das crianças	TDC
	Minimizar efeitos secundários que as crianças possam vir a ter	EI, EF
	Intervir eficazmente e consistentemente com as famílias	TDC
	Promover um crescimento saudável da criança	TDC, TSS
Faixa etária	0-6 Anos	TF, PS
	Antes do nascimento até aos 6 Anos	EF
Agentes de IP	Pais/Família	TF, EI, PS
	Prestadores de cuidados primários	TF, EI
	Técnicos (Hospitais, creches)	EI
Foco da Intervenção	Família	PS, EF
	Criança e Família	EI, TSS
	Criança	TF
	Criança, Família, Comunidade	TDC
Contexto da Intervenção	Diferentes rotinas	TF
	Vivências/Meio da criança – Microsistema	TF, EI, TDC
Critérios de elegibilidade	Alterações da estrutura e funções do corpo	TF, PS, TSS
	Risco grave de desenvolvimento	TF, PS, TSS
	Riscos de saúde – doenças graves	EF
	Fatores de risco ambiental e social	TF, PS, EI, TSS, EF
	Acumulação de fatores de risco	PS
	Fatores protetores vs Fatores de risco	TDC

**Quadro V - Indicadores da questão 2 da Entrevista aos Membros da Equipa**

<b>Questão 2 - Julga importante criar uma equipa de intervenção precoce no Centro Social 6 de Maio? Porquê?</b>	
<b>Técnico</b>	<b>Indicadores</b>
Terapeuta da fala  (TF)	As crianças estão expostas a grandes fatores de risco ambiental.  Os fatores de risco podem prejudicar o desenvolvimento das crianças.
Psicóloga  (PS)	É fundamental criar uma Equipa no Centro Social.  Existem algumas crianças que ainda não têm atrasos de desenvolvimento, mas que têm alterações socio-emocionais significativas.  As alterações socio-emocionais das crianças podem condicionar o seu desenvolvimento.  Existem estruturas familiares mais fracas e com presença de muitos fatores de risco.  Os fatores de risco que afetam as famílias, alarmam os técnicos sobre o futuro das crianças.  Não se sabe que equipas é que podem dar respostas nesta zona ou se existem equipas de IP nesta área.
Educadora de Infância  (EI)	É muito importante criar uma Equipa no Centro Social.  O bairro tem muitos problemas principalmente ao nível da integração Social.  Os problemas de integração social (ou por estarem no desemprego ou por consumo de álcool) prejudicam gravemente as famílias.  Verifica-se que muitas crianças têm atrasos de desenvolvimento ou graves problemas comportamentais e emocionais.  Estes problemas podem prejudicar o desenvolvimento das crianças.

	<p>Os problemas das crianças serão minimizados se forem acompanhadas devidamente e o mais precocemente possível.</p> <p>Existem pais que não sabem cuidar dos filhos, porque não tiveram esses cuidados quando eram pequenos</p> <p>É necessário uma Formação Parental para as famílias sentirem-se mais valorizadas, formarem-se pessoalmente e socialmente.</p>
<p>Técnica de Desenvolvimento Comunitário</p> <p>(TDC)</p>	<p>É importante criar uma Equipa de IP no Centro Social.</p> <p>É entre os 0 e os 3 anos que a criança começa a consolidar comportamentos, hábitos e a desenvolver-se cognitivamente.</p> <p>É importante uma estimulação “saudável e precoce e intervir diretamente com a família para não remediar problemas que possam surgir.</p>
<p>Técnica de Serviço Social</p> <p>(TSS)</p>	<p>É importante criar uma Equipa de IP no Centro Social.</p> <p>É um meio socialmente desfavorecido.</p> <p>É imprescindível proporcionar oportunidades de apoio às famílias, visando modelos de parentalidade adequados.</p> <p>É um meio onde a incidência de risco ambiental e conseqüente atraso no desenvolvimento é reconhecidamente elevado.</p> <p>É importante agir preventivamente ao nível da formação e informação maximizando o acesso a benefícios necessários à criança e à família em tempo útil.</p>
<p>Enfermeira</p> <p>(EF)</p>	<p>É importantíssimo criar uma equipa de intervenção precoce no bairro, quer pelas condições em que a população vive, quer pelo trabalho de equipa que se complementa.</p>

Quadro VI - Síntese e análise da questão 2 da EME

Questão 2: Julga importante criar uma equipa de intervenção precoce no Centro Social 6 de Maio? Porquê?		
<b>Categorias</b>	<b>Síntese dos Indicadores</b>	<b>Participantes</b>
Criação de uma Equipa de IP	É importante criar uma equipa de IP no Centro	PS, EI, TDC, TSS, EF
Circunstâncias/ Problemas que conduzem a criação da Equipa	Fatores de risco ambiental	TF, PS, TSS
	Atrasos de desenvolvimento das crianças	PS, EI, TSS
	Alterações sócio emocionais das crianças	PS, EI, TSS
	Estruturas familiares pouco consistentes	PS, EI
	Bairro com problemas de integração social	EI
	Meio desfavorecido socialmente	TSS, EF
	Falta de respostas e Equipas de IP na zona	PS
Consequências dos Problemas	Prejudicam o desenvolvimento das crianças	TF, EI
	Prejudicam as famílias	EI
	Condicionam o desenvolvimento das crianças	PS
	Alarmam os técnicos sobre o futuro das crianças	PS
Resultados da existência da Equipa	Minimizar problemas que possam surgir	EI, TDC
	Intervir precocemente com as crianças e famílias	EI, TDC
	Formação parental	EI, TSS
	Criar oportunidades para as famílias	TSS
	Agir preventivamente	TSS
	Acesso a benefícios necessários à criança e família	TSS
	Trabalho complementado da Equipa	EF

**Quadro VII – Indicadores da questão 3 da Entrevista aos Membros da Equipa**

<b>Questão 3 - Quais os objetivos que considera importantes para o trabalho da futura equipa atendendo à população a que se destina?</b>	
<b>Técnico</b>	<b>Indicadores</b>
Terapeuta da fala  (TF)	Identificar as crianças e famílias elegíveis para a intervenção precoce;  Elaborar o Plano de Intervenção Precoce com essas famílias;  Estabelecer os objetivos para a criança e família de acordo com as necessidades e preocupações da família;  Trabalhar dentro de uma equipa transdisciplinar solicitando as parcerias necessárias para conseguir atingir os objetivos definidos pela família;  Identificar necessidades e recursos das comunidades da sua área de intervenção.
Psicóloga  (PS)	Atuar diretamente com as famílias e com as crianças;  Trabalhar em parceria e colaboração, articulando e coordenando, todos os serviços.
Educadora de Infância  (EI)	Sinalizar, avaliar e atender as crianças e famílias que necessitem de intervenção precoce;  Criar uma equipa multidisciplinar de técnicos necessários para avaliar, refletir e atuar;  Criar parcerias com outras entidades ou outros técnicos necessários para os problemas detetados.
Técnica de Desenvolvimento Comunitário	Aumentar o potencial da criança;

(TDC)	<p>Promover qualidade de vida;</p> <p>Reduzir a intensidade dos fatores de risco;</p> <p>Intervir a nível pessoal, social, familiar e ambiental.</p>
Técnica de Serviço Social (TSS)	<p>Capacitação das famílias, o que as tornará mais autónomas;</p> <p>Aquisição de hábitos e rotinas mais saudáveis;</p> <p>Promoção do sucesso escolar;</p> <p>Informação às famílias;</p> <p>Os objetivos da equipa serão sempre numa perspetiva de prevenção e formação.</p>
Enfermeira (EF)	<p>Formação parental;</p> <p>Acompanhamento familiar quer ao nível da saúde, quer ao nível social, visando a qualidade de vida;</p> <p>Acompanhamento do desenvolvimento das crianças;</p> <p>Redução de fatores de risco;</p> <p>Redução do insucesso escolar.</p>

**Quadro VIII- Síntese e análise da questão 3 da EME**

Questão 3: Quais os objetivos que considera importantes para o trabalho da futura equipa atendendo à população a que se destina?		
<b>Categorias</b>	<b>Síntese dos Indicadores</b>	<b>Participantes</b>
Objetivos da futura Equipa de IP	Identificar as crianças elegíveis para IP	TF, EI
	Elaborar um plano de IP com as famílias	TF
	Estabelecer objetivos para as famílias	TF
	Detetar/avaliar necessidades e preocupações da família	TF, EI
	Trabalhar dentro de uma equipa transdisciplinar	TF
	Identificar recursos da Comunidade	TF
	Estabelecer parcerias com redes formais e informais	TF, PS, EI, EF
	Atuar diretamente com as crianças e famílias	PS, EI, TDC, EF
	Articular e coordenar com todos os serviços	PS
	Criar uma equipa multidisciplinar de técnicos	EI
	Promover o desenvolvimento da criança	TDC, EF
	Promover a qualidade de vida	TDC, EF
	Reduzir a intensidade de fatores de risco	TDC, EF
	Intervir a nível ambiental	TDC
	Capacitar as famílias para a sua autonomia	TSS
	Criar hábitos e rotinas saudáveis com a família	TSS
	Promover o sucesso escolar	TSS, EF
Informar e formar as famílias	TSS, EF	
Intervir numa perspetiva de prevenção	TSS	

**Quadro IX – Indicadores da questão 4 da Entrevista aos Membros da Equipa**

<b>Questão 4 - Qual o modelo que gostaria que a equipa adotasse para efetivar as suas práticas e a sua organização?</b>	
<b>Técnico</b>	<b>Indicadores</b>
Terapeuta da fala  (TF)	<p>O modelo mais propício para a intervenção precoce é o da transdisciplinaridade.</p> <p>Existe um prestador de cuidados primário que funciona como o interlocutor junto da criança e família.</p> <p>Ao interlocutor compete pedir apoio aos restantes elementos da equipa se necessitar de ajuda para alguns objetivos específicos.</p> <p>A criança é vista como um todo e trabalhada como um todo também.</p> <p>A existência de um elemento apenas a trabalhar com a família evita o desdobramento que a família tem que fazer para usufruir de vários apoios e vários serviços.</p> <p>Possibilita a criação de uma relação de confiança entre o técnico e a família que é a base da intervenção com sucesso.</p>
Psicóloga  (PS)	<p>O modelo da equipa transdisciplinar é o que resulta mais.</p> <p>Poderá trazer mais vantagens não só em termos de intervenção direta, mas também de rentabilização de recursos.</p> <p>Existe apenas um técnico responsável, um mediador de casos, e que seja a pessoa responsável direta por essa família, para que essa família não tenha que conhecer cinquenta técnicos diferentes.</p> <p>Trabalha sempre com todos os outros técnicos de retaguarda, ou seja não o único responsável pela família.</p> <p>A equipa é multidisciplinar e lança e partilha algumas estratégias de atuação para resolver melhor as problemáticas das famílias e das crianças.</p>

<p>Educadora de Infância</p> <p>(EI)</p>	<p>A Equipa deve ter técnicos de várias áreas mas principalmente uma educadora, uma psicóloga, uma enfermeira, uma assistente social para fazer esse trabalho a tempo inteiro.</p> <p>Para cada família existe apenas um técnico que acompanha de perto.</p> <p>Este técnico trabalha com a restante equipa de retaguarda em reuniões, cruzando informação e partilhando a sua visão de acordo com o seu âmbito profissional.</p> <p>Devem existir as visitas domiciliárias que tanto fazem falta aqui no bairro.</p> <p>Devem existir técnicos suficientes para dar respostas à população.</p>
<p>Técnica de Desenvolvimento Comunitário</p> <p>(TDC)</p>	<p>O modelo deve ser centrado na criança, na família e na comunidade.</p> <p>É necessário criar uma rede social de apoio, em que as parcerias são fundamentais para o sucesso e consistência da intervenção.</p> <p>Tem de haver complementaridade dos técnicos na intervenção.</p> <p>Numa primeira reunião, faz-se uma análise dos casos e a equipa faz as respetivas sinalizações.</p> <p>As reuniões deverão ser periódicas.</p> <p>A equipa estrutura as áreas que são importantes intervir, as situações de potenciais riscos.</p> <p>Após sinalização, é importante definirem-se estratégias de intervenção para cada um dos parceiros.</p> <p>Após o acompanhamento, terá que haver observação e momentos de avaliação por parte dos intervenientes e analisar-se se está tudo a correr bem ou se é necessário mudar algumas estratégias de intervenção.</p> <p>Numa equipa de Intervenção Precoce é importante, senão imprescindível interdisciplinaridade.</p>

	<p>Desde a escola, aos técnicos de saúde e à Segurança Social, devem todos trabalhar em conjunto, com o mesmo fim.</p> <p>A organização multidisciplinar faz sentido porque a criança é um ser holístico e está inserida em várias dimensões sociais: escola, a família, a comunidade.</p>
Técnica de Serviço Social (TSS)	<p>Um modelo transdisciplinar, por ser mais abrangente,</p> <p>Tal como os outros modelos, conta-se com profissionais de diversas áreas, mas procura-se uma resposta partilhada entre os intervenientes.</p> <p>Relativamente ao modelo de coordenação, deverá ser um modelo sistémico para que a envolvência familiar e ambiental no processo seja o ponto fulcral de intervenção, tendo sempre por base uma diretiva/objetivo de empowerment.</p>
Enfermeira (EF)	<p>O modelo da equipa transdisciplinar será o mais eficaz.</p> <p>O modelo é eficaz na gestão e organização dos recursos humanos (técnicos) e nas decisões e discussões de casos.</p> <p>Cada família será apoiada pelo técnico que se enquadre melhor na área ou apoio que a família necessite.</p> <p>Existe sempre apoio de retaguarda e partilha de informação entre a equipa e parceiros.</p>

**Quadro X – Síntese e análise da questão 4 da EME**

Questão 4: Qual o modelo que gostaria que a equipa adotasse para efetivar as suas práticas e a sua organização?		
<b>Categorias</b>	<b>Síntese dos Indicadores</b>	<b>Participantes</b>
Modelo adotado para as práticas da Equipa	Transdisciplinar	TF, EI, PS, TSS, EF
Organização/Características da Equipa	Profissionais de diversas áreas/ Equipa multidisciplinar	TF, EI, PS, TSS,
	Um interlocutor/técnico responsável por família	TF, EI, PS, EF
	Interdisciplinaridade	TDC
	Reuniões periódicas	TDC
	Análise e sinalização de casos	TDC
	Identificação de situações de risco	TDC
	Definição de estratégias	PS, TDC
	Avaliação/ Discussão da Intervenção	TDC, EF
	Gestão e organização de recursos	EF
	Articulação entre Educação, Saúde, Segurança Social	TDC
Competências do Interlocutor/Gestor de caso	Trabalha com outros técnicos de retaguarda	PS, EF
	Partilha estratégias/respostas	PS, EI, TSS
	Pede apoio a outros técnicos/parceiros	TF
	Visitas ao domicílio	EI
	Acompanhamento das famílias	TDC
Benefícios/Vantagens do Modelo	Evita o desdobramento da família para diversos serviços/técnicos	TF, PS
	Relação de confiança entre técnico e família	TF
	Visão holística da criança	TF, TDC
	Intervenção direta com famílias	PS
	Partilha de informação/estratégias	TSS, EF
	Variedade de técnicos/profissionais	EI
	Criação de redes sociais e parcerias	TDC
	Rentabilização de recursos	PS
	Modelo sistémico	TSS
	Objetivo de empowerment com as famílias	TSS
Centrado na criança, família e comunidade	TSS, TDC	

**Quadro XI – Indicadores da questão 5 da Entrevista aos Membros da Equipa**

Questão 5 - Quais as parcerias possíveis com outros serviços para que o resultado do trabalho seja bem sucedido? Como poderiam ser feitas parcerias?	
<b>Técnico</b>	<b>Indicadores</b>
Terapeuta da fala (TF)	<p>As parcerias são sempre feitas de acordo com os recursos existentes na comunidade.</p> <p>As parcerias são feitas de acordo com necessidades da população.</p> <p>As parcerias podem ser formais ou informais.</p> <p>Os parceiros podem ser hospitais, comissões de proteção de crianças e jovens, instituições religiosas, creches e jardim-de-infância para que as crianças possam ser integradas.</p>
Psicóloga (PS)	<p>Existe um compromisso a nível social (que pode ser esta IPSS), a nível da saúde e da educação.</p> <p>Existem técnicos que podem ser educadores do Ministério de Educação, técnicos, como terapeutas da fala que são colocados pela segurança social e a nível da saúde a colocação de alguns enfermeiros.</p> <p>Outros parceiros são instituições desta zona que trabalhem as famílias e as crianças desta faixa etária.</p> <p>É necessária uma articulação para não haver sobreposições de papéis e para todos saberem com que é que podem contar com cada um.</p>
Educadora de Infância (EI)	<p>As Parcerias seriam as que já existem no Centro Social.</p> <p>Sente-se a falta de uma parceria mais formal com o Hospital da Amadora.</p>
Técnica de Desenvolvimento Comunitário (TDC)	<p>Os parceiros são todos os que interagem com a criança e família e que estão direta e/ou indiretamente ligados a esta.</p> <p>Os parceiros são Professores, educadores, terapeutas, psicólogos, técnicos de apoio social, Centro de Saúde, Hospitais...</p>

<p>Técnica de Serviço Social (TSS)</p>	<p>Os parceiros têm que ser com todos os intervenientes sociais no meio que rodeia a criança.</p> <p>Parceiros como: instituições que atuam ao nível do risco (mais concretamente jardins de infância, escolas, comissões de proteção de menores, tribunais, hospitais, etc...)</p> <p>Em paralelo deve existir articulação com as instituições/projetos que podem ser o suporte nas dinâmicas familiares (por exemplo <i>Ajuda de Mãe, Instituto de apoio à Criança - IAC, Projeto No-vamente, Projeto Escolhas, Centro de Saúde da Venda Nova, etc...</i>)</p> <p>Estas parcerias devem reger-se por ações formais (quase contratuais), para que o papel de cada instituição e técnico esteja bem clarificado.</p> <p>Os parceiros devem trabalhar em conjunto e atuar numa parceria em rede, mas que cada parceiro saiba exatamente qual a sua mais-valia no projeto e para a família.</p>
<p>Enfermeira (EF)</p>	<p>As parcerias terão de ser feitas de acordo com as necessidades da população.</p> <p>Os parceiros podem ser: ao nível da habitação e saneamento básico com a Câmara Municipal; ao nível da Saúde, com o Centro de Saúde e Hospital, ao nível da educação e apoio social, com o Centro Social, jardins-de-infância, escolas, outras instituições vizinhas; ao nível da formação parental com inúmeras instituições circundantes como a Ajuda de Mãe, IAC, entre outras.</p> <p>É necessário existir reuniões periódicas e regulares com todos os parceiros, para serem discutidas as necessidades de cada família.</p>

**Quadro XII – Síntese e análise da questão 5 da EME**

Questão 5: Quais as parcerias possíveis com outros serviços para que o resultado do trabalho seja bem sucedido? Como poderiam ser feitas parcerias?		
<b>Categorias</b>	<b>Síntese dos Indicadores</b>	<b>Participantes</b>
Parcerias e serviços uteis à Equipa	Hospitais, Comissões de menores, Instituições religiosas, Creche e Jardins de infância	TF, EI, TSS, EF
	Instituições próximas do Centro Social que trabalhem com as famílias e crianças	PS, TDC, EI, TSS
	Parcerias com projetos que suportem dinâmicas familiares	TSS, EF
	Parcerias entre os Ministérios (Saúde, Ação Social e Educação)	PS, EF
Estratégia para estabelecer parcerias	Estabelecer parcerias formais ou contratuais	TDC, TF, EI
	Agir de acordo com os recursos da comunidade	TF
	Agir de acordo com as necessidades da população	TF, EF
	Estabelecer compromisso a nível social, saúde, e educação	PS
	Disponibilizar técnicos de cada instituição parceira	PS, TDC
	Articular entre todas as Instituições	PS, TSS
	Atuar numa parceria em rede	TSS
	Reunir regularmente com todos os parceiros	EF

**Quadro XIII – Indicadores da questão 6 da Entrevista aos Membros da Equipe**

<b>Questão 6 - Quais as funções que gostaria de assumir na constituição da equipa?</b>	
<b>Técnico</b>	<b>Indicadores</b>
Terapeuta da fala	A função na equipa seria a de terapeuta da fala.
Psicóloga (PS)	Dispensar qualquer caso de coordenação.  Gostaria de trabalhar pura e simplesmente como psicóloga na equipa.  Trabalhar com algumas famílias em termos diretos.  Trabalhar na retaguarda de outros casos em que não seja, tão necessário, uma prevenção mais direta.
Educadora de Infância (EI)	A função de educadora no terreno, ir a casa das famílias e trabalhar diretamente com as famílias e crianças.  Estabelecer uma relação de confiança, para poder aceitar melhor as minhas sugestões e também poder ver melhor o modo de ação dessa família.  Não me importava de fazer o trabalho de coordenação.
Técnica de Desenvolvimento Comunitário (TDC)	Articular com os diferentes serviços e com as famílias;  Prestar apoio psicossocial fazendo aconselhamento e acompanhamento social e pedagógico.  Identificar as necessidades da família e acompanhar o processo de resolução de problemas, potencializando as capacidades e rentabilizando os recursos.
Técnica de Serviço Social (TSS)	Na ótica da educação social.  Trabalhar diretamente no seio familiar, na sua casa (ou onde necessário), com todos os membros, para colmatar as dificuldades.  Criar uma relação de grande confiança com a família.
Enfermeira (EF)	A função de enfermeira, claro, com visitas domiciliárias.

**Quadro XIV – Síntese e análise da questão 6 da EME**

Questão 6 - Quais as funções que gostaria de assumir na constituição da equipa?		
<b>Categorias</b>	<b>Síntese dos Indicadores</b>	<b>Participantes</b>
Coordenação	Coordenadora da Equipa	EI
Equipa de retaguarda	Aconselhamento e discussão de casos	PS, TDC
	Articulação com os diferentes serviços	TDC
	Identificação das necessidades da família	TDC
	Trabalho a nível social	TSS
Trabalho direto/Interlocutor	Trabalho direto com visitas domiciliárias	EI, EF, PS, TSS
	Trabalho direto/acompanhamento das famílias	PS, TF, TDC
	Criar relações de confiança com as famílias	EI, TSS
	Colmatar as necessidades detetadas	EI, TDC, TSS

**2.3. Estudo para a criação de uma equipa**

**Quadro XV - Equipas de Intervenção Precoce**

	Indicadores			
Categorias	<b>Âncora – Equipa de Intervenção Precoce de Angra do Heroísmo - Açores</b>	<b>GADIF – Gabinete de apoio ao Desenvolvimento Infantil e à Família Lisboa</b>	<b>Agrupamento de Escolas – Equipa de Intervenção Precoce de Sobral de Monte Agraço</b>	<b>Hospital Garcia da Horta – Equipa do Centro de Desenvolvimento Infantil - Almada</b>
História da Equipa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboração de um Projeto por um grupo de alunas em Pós graduação de Intervenção Precoce.</li> <li>- Proposta em 2005 ao Diretor de Saúde de A.H. e formalizada em 2006 (Dec. Regulamentar Regional nº17/2002).</li> <li>- Divulgada num blog e apresentada aos profissionais de Saúde, Educação, Ação Social e comunidade em geral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboração de um Projeto por um grupo de alunas do curso de especialização de Intervenção Precoce.</li> <li>- Projeto Experimental de Investigação – Ação: GADIF, sob a coordenação da Doutorada Marina Fuertes, constituído em 2006, no Instituto Superior de Educação e Ciências em Lisboa.</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Criador do Projeto - Médico Pediatra Professor Torrado da Silva</li> <li>- Após o seu falecimento, a equipa de pediatria desenvolveu o projeto, que consistiu na construção de um Centro de Desenvolvimento Infantil em 1992</li> <li>- Os elementos da Equipa pertenciam ao Hospital Garcia da Horta.</li> </ul>
Razão para constituição da Equipa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de existência de Equipa de IP;</li> <li>- Falta de técnicos para acompanhar crianças abrangidas pelos critérios de elegibilidade;</li> <li>- Existência de muitas crianças sinalizadas tardiamente;</li> <li>- Intervenção centrada na criança e não na família.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De acordo com o relatório síntese da Agencia Europeia para o Desenvolvimento em NEE (2003), é importante aumentar o número e a qualidade das respostas às famílias de crianças até aos 6 anos em risco de desenvolvimento.</li> <li>- A importância de intervir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoio a crianças com atrasos de desenvolvimento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Constituir um centro multiprofissional para atendimento de crianças com problemas neurológicos e do desenvolvimento, proporcionando uma investigação, avaliação e tratamento.</li> <li>- Servir de centro de referência para o diagnóstico e avaliação de crianças que ultrapassem as capacidades técnicas dos hospitais distritais da Zona Sul.</li> </ul>

		precocemente, em particular no domínio sócio emocional.		
Processo para a constituição da Equipa	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Legislação Regional: coordenação das equipas de IP sob tutela dos Centros de Saúde.</li> <li>- Elaboração de um projeto com: fundamentação teórica sobre IP; objetivos; técnicos; metodologia/avaliação.</li> <li>- Aprovação do Projeto</li> <li>- Constituição da Equipa com Técnicos de Saúde, Ação Social e Educação do quadro dos funcionários do Centro de Saúde e de outras Instituições (Hospital, Ensino Especial, Escola de Enfermagem)</li> <li>- Investimento na formação de técnicos, divulgação e concretização de protocolos e parcerias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Projeto submetido à Agência de Inovação com o financiamento da contratação de técnicos.</li> <li>- Projeto submetido ao Fundo Europeu com o financiamento da requalificação das instalações do ISEC.</li> <li>- Criação de um gabinete de apoio à família para crianças com problemas de desenvolvimento ou comportamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agrupamento dispõe de vagas a concurso.</li> <li>- Colocação de três Educadoras contratadas</li> <li>- Constituição da equipa em articulação com terapeutas da fala, enfermeiros, psicólogos e pediatra do Hospital do Concelho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Duas médicas impulsionadoras do projeto</li> <li>- Os elementos da equipa (funcionários do Hospital) criaram dois grupos: o grupo da pediatria do desenvolvimento e a fisiatria crianças.</li> <li>- Funciona como se fosse um dos serviços do hospital.</li> <li>- O centro, se for considerado um centro de excelência, conseguirá verbas para um financiamento o que será muito bom para um trabalho mais eficaz.</li> <li>- É necessário publicar trabalhos para conseguir esse objetivo.</li> </ul>
Técnicos/Função	<ul style="list-style-type: none"> <li>2 Enfermeiras</li> <li>1 Coordenadora</li> <li>1 Educadora de Infância</li> <li>1 Psicóloga</li> <li>1 Técnica de Serviço Social</li> <li>1 Fisioterapeuta</li> <li>1 Médico de Clínica Geral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 Coordenadora</li> <li>2 Psicólogas</li> <li>1 Terapeuta da fala</li> <li>1 Terapeuta de reabilitação motora/ocupacional</li> <li>1 Pediatra</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3 Educadoras de Ensino Especial</li> <li>- Outros técnicos pontuais: Médicos, enfermeiros, psicólogos e terapeutas da fala</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 Assistente social</li> <li>2 Psicólogos</li> <li>3 Enfermeiras</li> <li>2 Terapeutas ocupacionais</li> <li>2 Terapeutas da fala</li> <li>2 Fisioterapeutas</li> <li>2 Médicos neuro pediatras</li> <li>2 Médicos de fisiatria</li> <li>1 Professora destacada pela educação</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>-Vários Médicos Pediatras do desenvolvimento</li> <li>- Algumas auxiliares</li> </ul>
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Fomentar condições facilitadoras do desenvolvimento global da criança que se encontra em risco ou com deficiência, de forma a prevenir e minimizar atrasos do desenvolvimento.</li> <li>- Potenciar as condições de interação criança/família através de informação, reforço e participação das capacidades e competências parentais, nomeadamente, na identificação e utilização dos próprios recursos e da comunidade dotando-os de autonomia.</li> <li>-Envolver a comunidade no processo de intervenção de modo articulado e contínuo.</li> <li>-Promover a formação específica na área de IP tanto ao nível da equipa como dos outros parceiros</li> <li>-Promover a transdisciplinaridade na equipa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover condições que estimulem o desenvolvimento da criança e a sua interação com a família, procurando recorrer a contextos naturais da sua vida para uma intervenção mais eficaz.</li> <li>- Agir cedo, agir na família, na comunidade, com todos e para todos.</li> <li>- Fortalecer a família, incentivá-la a encontrar as suas soluções e a estabelecer redes de suporte.</li> <li>- Intervir a partir da investigação contribuindo também para esse corpo de conhecimento estudando o impacto do risco e da resiliência na qualidade da vinculação e no desenvolvimento da criança.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Detetar as necessidades das crianças</li> <li>- Avaliar cada caso</li> <li>- Atender o maior número de casos possíveis dentro dos critérios de elegibilidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atender crianças com problemas neurológicos e do desenvolvimento.</li> <li>- Apoio médico e psicossocial às famílias.</li> <li>- Promover a ligação à comunidade, já desenvolvida pelas Unidades de Neuro pediatria</li> <li>- Cooperar com os profissionais que atuam nos apoios educativos para avaliação e definição conjunta da metodologia mais adequada a cada criança.</li> <li>- Colaborar na formação dos profissionais intra e extra hospitalares, nas diferentes áreas, quer através de estágios específicos, quer com ações de formação dirigidas a pais e técnicos das áreas da saúde, da educação e da segurança social.</li> <li>- Desenvolver atividade científica através da elaboração de trabalhos e projetos de investigação clínica e desenvolvimento de nova tecnologia, e tratamentos de doenças raras.</li> </ul>
Obstáculos da Equipa	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Disparidade de horário dos técnicos, que contribui, muitas vezes, para uma atuação menos agregada.</li> <li>-Dificuldade na capacidade de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Financeiros</li> <li>- Equipa de Intervenção Privada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disparidade de técnicos para cada criança</li> <li>- Falta de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Financeiros- cortes orçamentais</li> <li>- Controlo das horas eletrónico pois é um entrave para se realizar visitas domiciliarias ou visitas aos jardins-de-infância e escolas.</li> </ul>

	<p>substituição dos técnicos entre si em períodos de ausência.</p> <p>-Inexistência de um técnico em horário completo.</p> <p>-O crescente aumento da exigência em relação ao Projeto Âncora implica o risco da sobrecarga dos técnicos atuais, com conseqüente deterioração da qualidade de resposta.</p> <p>-Demora nas respostas aos pedidos.</p> <p>-Dificuldade com a colaboração de outros profissionais fora da equipa.</p>		<p>continuidade no trabalho</p> <p>- Falta de consistência nas equipas locais</p> <p>- Colocação constante de técnicos</p>	<p>-dificuldade nas deslocações por não existirem ambulâncias para esse fim</p>
Modelo adotado nas práticas	<p>- Modelo Transacional e Bioecológico</p> <p>- Equipa multidisciplinar que trabalha de modo transdisciplinar</p>	<p>-Modelo sistémico, Transacional, Bioecológico, maturação dinâmica, psicologia positiva, touchpoints</p> <p>- Equipa transdisciplinar</p>	<p>- Modelo Bioecológico</p>	<p>- O Modelo não é transdisciplinar por serem casos muito específicos.</p> <p>- Não existem visitas domiciliárias.</p> <p>- Articulação com outros técnicos fora do hospital para garantir que esse trabalho seja realizado</p>
Organização da Equipa	<p>- Sinalização de casos, estabelecimento da relação família/técnico; avaliação criança/família; intervenção; avaliação da Progressão.</p> <p>- Cada criança/família tem um responsável de caso</p> <p>- Reuniões semanais: discussão e distribuição de técnicos</p> <p>- Reuniões quinzenais ou mensais: Avaliações, discussões e partilha de ideias</p>	<p>- Definição do responsável de caso</p> <p>- Reuniões semanais: análise dos resultados da avaliação ou da intervenção conforme a fase.</p> <p>- Interajuda e uma excelente relação entre os técnicos.</p> <p>- Comunicação aberta e sentido de investigação para deslindar as problemáticas</p> <p>- Avaliação do desenvolvimento,</p>	<p>- Triagem e avaliação das necessidades das crianças, distribuição de casos</p> <p>Reuniões regulares: com Educadoras e outros técnicos (psicólogos, enfermeiros e terapeutas)</p> <p>Reuniões mensais:</p>	<p>- É feito um pedido de avaliação de uma criança pelo centro de saúde.</p> <p>- A criança é dirigida para o médico da consulta de desenvolvimento,</p> <p>- Encaminhamento para o médico fisiatra, para depois chegar aos fisioterapeutas.</p> <p>- No caso de apoio psicológico a criança passa pela médica do desenvolvimento que aconselha que seja feita uma avaliação de desenvolvimento pela psicóloga</p> <p>- No caso de a família ter alguma necessidade</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação do desenvolvimento e intervenção direta: Educadora, Enfermeiras e Fisioterapeuta</li> <li>- Todos os técnicos fazem visitas domiciliárias quando necessário</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>intervenção direta, visitas domiciliárias</li> <li>- Parceiros: Educadoras de Infância e outros técnicos necessários.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>com pediatra do desenvolvimento do Hospital</li> <li>- Visitas domiciliárias</li> <li>- Trabalho em contexto de Jardins de Infância</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>social é encaminhada para o serviço social.</li> <li>- uma vez por mês - reuniões com três equipas de IP: Seixal, Sesimbra e Almada.</li> </ul>
Participação das Famílias	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perspetiva sistémica e ecológica: Participação ativa, envolvimento e automatização da família.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Total – A família é parceira da equipa na intervenção, definição de objetivos, e todas as fases.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participação ativa e envolvimento da família</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As famílias envolvem-se sempre na medida em que se deslocam ao hospital para acompanharem as crianças.</li> </ul>
Envolvimento da Comunidade e Articulação com outros serviços	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Constituição de redes sociais</li> <li>- Envolvimento e integração da família com a comunidade</li> <li>- Formações abertas à comunidade</li> <li>Centro de saúde: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Articulação com o serviço de Ação Social</li> <li>- Articulação com Creches, Jardim-de-infância e Escolas</li> <li>- Protocolo Formal - Câmara Municipal de A. H.</li> <li>- Parceiros informais - Serviço de Ação Social, Universidade dos Açores, Secretaria da Saúde, Secretaria Regional da Educação</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Articulação com os serviços existentes na comunidade</li> <li>- Apoio a Instituições e profissionais na área da educação e da saúde</li> <li>- Colaboração, consultoria e respostas a pedidos das instituições</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Articulação com o Centro de Saúde local</li> <li>- Hospital de Vila Franca</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunidade mais restrita: pais, famílias técnicos</li> <li>- Realização de um passeio principalmente com aquelas crianças mais carenciadas e que têm menos oportunidades.</li> <li>- Criação de uma associação de pais do centro infantil que fazem parcerias, formações e articulações com a nossa equipa e com outros membros da comunidade.</li> <li>- Parcerias - Missão sorriso para o financiamento de um jardim infantil sensorial, musica nos hospitais, operação nariz vermelho.</li> </ul>

### 3. Ponto de partida para o projeto

#### *As pessoas do Bairro...*

Num bairro com **graves problemas sociais e económicos** as famílias falaram de como enfrentam diariamente problemas de habitação, saúde, emprego e legalização, e ainda a falta de bens essenciais e instabilidade financeira. Naturalmente, as preocupações são várias, mas fundamentalmente centradas no futuro dos seus filhos...como a educação, desenvolvimento, e saúde. No plano das ambições, as aspirações não se centram em bens materiais, mas em união e bem-estar das suas famílias.

Curiosamente, as preocupações das famílias (*educação, desenvolvimento, e saúde.*) são aspetos previstos como direitos de apoio à família pela legislação nacional de Intervenção Precoce. Assim sendo, faz todo o sentido, a formação de uma equipa com uma **abordagem centrada na família** e na comunidade, tal como aspiram os técnicos e corroborada pela investigação científica.

Cada vez mais se defende uma intervenção centrada na família, tornando assim, indispensável a identificação clara e objetiva das necessidades e expectativas das famílias (Bailey, 1991).

#### *Olhares dos técnicos...*

As ideias e informações das profissionais entrevistadas harmonizam-se e complementam-se num pano de fundo para o trabalho de equipa. Os dados das entrevistas aos profissionais revelam que as conceções, expectativas e motivações dos técnicos assumem um papel muito semelhante. Em relação à primeira questão, todas definem IP como um modelo ou práticas para trabalhar as crianças e suas famílias dos 0 aos 6 anos que tenham atrasos no desenvolvimento. Nos critérios de elegibilidade apontam para os riscos ambientais e sociais e a **acumulação destes fatores**, porque os

relacionam impreterivelmente às crianças do grupo-alvo. Enfocam a necessidade de trabalhar precocemente para **prevenir e não remediar**. A Enfermeira refere mesmo, que o ideal seria trabalhar a família antes de a criança nascer.

Fuertes, 2009, num artigo cujo objetivo é a comparação da organização dos serviços de intervenção precoce em Portugal e no Reino Unido, refere que as enfermeiras no Reino Unido são “acompanhantes de caso” para cada grávida e seguem todo o percurso até ao nascimento dos seus filhos. Após o parto, a enfermeira realiza obrigatoriamente quatro visitas ao domicílio, durante os dois primeiros anos de vida da criança, e observa, de modo informal, as condições de saúde, as condições de vida da família e o desenvolvimento da criança. “Independentemente do nível socioeconómico ou histórico da família, todos os casais recebem estas visitas. Deste modo, a visita em causa é sempre um acontecimento ‘normal’ e esperado, sem atribuições negativas ou rotulações sociais” (Fuertes, 2009, p.34).

Este exemplo seria um excelente modelo a adotar visto que as profissionais entrevistadas conhecem bem a população e trabalham desde sempre com a mesma. **Acompanhar todas as grávidas até ao nascimento dos seus filhos** e prosseguir com visitas domiciliárias, de forma a garantir uma prática de excelência e a detetar irregularidades que possam suceder na família e na criança.

Adicionalmente, a maioria das profissionais, gostariam de fazer **domicílio**, o que para este projeto é essencial dada a multiplicidade de fatores de risco a que as famílias estão expostas. Também é necessário criar uma coordenação e ainda um técnico que permita unificar as práticas e definir as linhas orientadoras.

O modo projetado pelos técnicos de como se organizam, aliado ao modelo adotado nas suas práticas, remetem-nos para um **modelo transdisciplinar**, implicando um elevado trabalho de partilha de opiniões, colaboração disponibilidade, não esquecendo o papel importante da família neste modelo. Esta abordagem, consensual entre todos os técnicos, refere que a família será sempre um parceiro e um elemento central e fulcral e que **as práticas centradas** na família reforçam e valorizam a sua individualidade e contextualização.

*Todos Juntos....*

Tal como nos foram referindo as equipas (entrevistadas neste estudo) que já abriram caminho, as práticas centradas na família, conferem-lhe o papel fulcral no processamento relativamente a todo o percurso do apoio na intervenção. Efetivamente, a criança para se desenvolver nos domínios intelectual, emocional, social e moral, necessita de participar em atividades, numa base regular, ao longo de um período de tempo, com uma ou mais pessoas que estejam empenhadas no bem-estar e desenvolvimento da criança e com quem a criança possa desenvolver vínculos emocionais fortes e mútuos (Brofenbrenner, 2001). Na grande maioria dos casos, as pessoas mais profundamente empenhadas na saúde, bem-estar e desenvolvimento de uma criança são os pais. Logo o enfoque e apoio à família que a equipa pretende dar, agiliza todo este processo de modo a fortalecer os potenciais de cada família. Os técnicos partilham esta visão e as famílias colocam a unidade no centro das suas aspirações fechando um círculo de princípios comuns.

Apesar das equipas que partilharam connosco a sua experiência serem muito diferentes podemos observar alguns aspetos comuns nos objetivos, organização da equipa, no modelo de trabalho e na participação da família. Contudo, podemos verificar também que o grande obstáculo comum com que as equipas se deparam é a nível financeiro bem como a disponibilidade dos técnicos, o que nos conduz a uma reflexão de extrema importância para que futuramente possamos constituir uma equipa que não dependa exclusivamente de verbas. Este será certamente também o nosso desafio ...e a nossa motivação: as crianças (que brincam nas suas ruas) e famílias!

## **Parte III – Projeto “Fortaleza”**

## **Breve introdução - Projeto – “Fortaleza”**

Após a revisão de literatura e a análise do estudo exploratório, confirma-se que é necessário e urgente criar uma equipa de Intervenção Precoce, formulando e delineando um projeto a Implementar no Centro Social do Bairro 6 de Maio.

Torna-se assim fundamental, atender às características parentais, familiares e sociais que se influenciam mutuamente e que operam no contexto de vida da criança e da família, pois dificilmente uma única ação conseguirá ir ao encontro de todas as suas necessidades (Garbarino & Ganzel, 2000). É assim essencial, desenvolver uma variedade de ações, não só junto das crianças em situação de risco, como também das suas famílias. É, também, imprescindível articular diferentes serviços, otimizando as ações dos profissionais, de várias áreas, de modo a atuar ao nível dos diferentes fatores de risco.

Como nome para o Projeto, escolhemos “Fortaleza”, por nos evocar uma muralha, um forte ou uma casa consistente, remetendo-nos assim para uma analogia com a família, que é o alicerce de todo este processo. Pretendemos ainda trabalhar a partir das forças que a família nos proporciona, fortalecendo o seu importante papel.

Este projeto “Fortaleza”, tem como missão fomentar e desenvolver a prática de intervenção precoce com enfoque nas crianças e suas famílias que estão expostas a inúmeros fatores de risco ambiental e social que possam influenciar o potencial desenvolvimento das crianças.

### **1. Caracterização do bairro e população alvo**

As baixas condições económicas existentes nos seus países de origem, levaram uma população africana, vinda das ex-colónias portuguesas, com destaque para a comunidade cabo-verdiana, a apropriar-se gratuitamente de terrenos junto das antigas estradas militares. À medida que foram chegando, as pessoas foram construindo as suas

próprias habitações, diferentes umas das outras, sempre com o intuito de aproveitar todos os espaços disponíveis.

O Bairro <sup>3</sup> encontra-se em condições clandestinas, de construção própria, apresentando carências a vários níveis, como os de saneamento básico e de salubridade. As casas, inicialmente de madeira, são, atualmente, de alvenaria e vão crescendo consoante as necessidades. As más condições de habitação e higiene e de saneamento básico, por vezes, originam graves problemas de saúde. São cerca de 370 alojamentos tendo eletricidade própria e água canalizada; no entanto, verificam-se algumas deficiências nas redes de esgotos, o que leva muitas vezes ao entupimento dos mesmos, deixados frequentemente a descoberto. As ruas são estreitas, e a entrada de luz natural é quase inexistente. Intercalados entre as habitações surgem uma panóplia de tabernas e cabeleireiros, igualmente clandestinos.

O problema comum a estes Bairros é o da sobrelotação, visto que a maioria das casas apresenta dimensões pequenas para os agregados familiares, geralmente numerosos. Predominam famílias alargadas, onde para além da existência de um número elevado de filhos, coabitam primos, tios, avós e outros. As crianças brincam na rua desde muito cedo, ficando entregues a si próprias sem supervisão dos adultos.

É importante, ainda, referir que nos últimos anos se tem verificado um aumento da população jovem em detrimento da população mais velha. Estima-se uma totalidade de 1200 habitantes, sendo que mais de 50% da população são do sexo masculino e mais de 50% da população é jovem (entre os 18 e os 40 anos). Estimam-se cerca de 450 crianças e 150 pessoas com mais de sessenta anos.

A população residente no Bairro é caracterizada por uma diversidade de culturas, religiões, valores e tradições que contribuem para a riqueza multicultural. É uma população maioritariamente cabo-verdiana (60%), seguidamente guineense, que tem vindo a aumentar (20%); santomense (15%); e outros (5%). Estes provêm de diversos países: Senegal, Congo, Angola, Moçambique, Portugal, entre outros. O crioulo de

---

<sup>3</sup> Os dados apresentados são retirados do Relatório de atividades do Centro Social e fornecidos pelos Gabinetes Social e Jurídico, os quais fazem parte das ações do Centro e constam no relatório do mesmo.

Cabo Verde (Santiago) é a língua que predomina o Bairro. Os crioulos de Santomé e Guiné são os segundos mais falados.

Relativamente à ocupação profissional, a população ativa encontra-se sobretudo no setor terciário, verificando-se que 60% da população do sexo masculino trabalha, sobretudo, na construção civil ou em obras públicas, e 50% da população do sexo feminino ocupa-se em trabalhos domésticos, restaurantes e venda ambulante. Regista-se ainda que existe um número significativo de trabalhadores sem contrato de trabalho (cerca de 40% dos ativos), e que os níveis de desemprego têm vindo a aumentar, nomeadamente, ao nível da construção civil; e muitas famílias, cerca de 35%, subsistem com o Rendimento de Inserção Social (RIS).

O nível de instrução da população adulta aproxima-se, na sua maioria, da escolaridade mínima obrigatória e a taxa de analfabetismo tem vindo a diminuir, uma vez que a população é jovem e tem de frequentar a escolaridade mínima obrigatória.

O desemprego, a baixa escolaridade, as carências económicas, as precárias condições de habitação, entre outros fatores, geram, por vezes, o aparecimento de uma economia fácil e paralela, nomeadamente o tráfico de droga, verificando-se um aumento de reclusos, dado esta prática.

A imigração apresenta-se como um desafio em que é imprescindível reconhecer e ir reconhecendo no outro as suas necessidades, a sua dignidade e a sua cidadania.

As dificuldades em serem efetivados os direitos e os deveres dos cidadãos assumem proporções mais complexas no caso da população imigrante, em especial dos grupos economicamente desfavorecidos, como os idosos, os desempregados ou com emprego precário, as crianças e os ilegais.

Numa perspetiva alargada, verifica-se que os Bairros se transformaram em guetos de isolamento humano, onde a ausência de infraestruturas de apoio e de políticas que contribuem para a integração social da população, fez com que se tornasse urgente a criação de processos de integração que passam, desde logo, pelo direito à habitação, ao trabalho, à educação, à saúde, à segurança, entre outros. Foi neste sentido que o Centro Social criou as suas estratégias e projetos.

## 2. Caracterização do Centro Social para implementação do Projeto

O Centro Social<sup>4</sup> é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) tendo como objetivo - promover uma melhor inserção social, educativa e familiar, a todos os indivíduos em situação de exclusão social, e contribuir para que estes adquiram competências pessoais e sociais de forma a exercer a plena cidadania num espírito de solidariedade. Está dividido em duas grandes vertentes: O Projeto das Valências (Creche e Pré-escolar) e o Projeto Comunitário, dividido em três áreas distintas: Área da Educação; Área Cultural e Recreativa e Área de Apoio Social.

O Centro Social conta ainda com o apoio de vários técnicos nas diferentes áreas e com voluntários e parceiros integrados em todos os projetos.

Esta instituição pretende dar respostas às necessidades, motivações e anseios das diferentes faixas etárias representadas na Comunidade dos Bairros, que constituem o alvo desta intervenção (Bairros desfavorecidos na periferia da Amadora).

O Centro Social procura, através dos princípios da justiça, solidariedade e fraternidade, sensibilizar a população para o seu importante contributo no desenvolvimento pessoal e coletivo.

### Ações e Projetos do Centro

#### ■ Projeto Valências

Creche e Pré-Escolar (4 Salas – Destinado a 95 crianças entre os 12 meses e os 6 anos)

#### ■ Projeto de Ação Comunitária (Dividido em três áreas e destinado à População)

- Área de Apoio Social e Familiar: Gabinete de Serviço Social; Gabinete Jurídico; Gabinete de Psicologia; Grupo de Ajuda Fraternal (distribuição do Banco Alimentar); Projeto “Reintegrar” (Visitas às Prisões).

- Área de Educação: Apoio Escolar/ Explicações – Projeto “Saber +”; Bolsas de Estudo – Projeto “Um Passo para o Outro Lado”; Alfabetização – projeto “Alfabetizando”; Ações de Formação – projeto “(In)Formar”.

---

<sup>4</sup> Dados retirados do Plano de Atividades do Centro Social 6 de Maio

- Área de Animação Cultural e Recreativa: Colónia de Férias – “Sabura na Praia”; Grupo de Capoeira – “Grupo União na Capoeira”; Grupo Coral; Grupo de Jovens – “Dominic@s”; Grupo de Idosos – “Tesouros de Vida”; Grupo de Dança – “Lúmen G.” ;\_Grupo de Batuque – “Netas di Bibinha Cabral”; Grupo de Animação e Coordenação de Festas – “(Con)Viver”.

Podemos considerar todos estes projetos como as estratégias que a Instituição estabelece para conseguir atingir o objetivo do Centro Social, transformado na sua grande missão. Projetos que são concretizáveis e que vão de encontro às necessidades, e anseios da população alvo.

A Instituição incentiva ainda a participação das famílias em eventos culturais e religiosos promovidos pelo Centro: Festa de S. Martinho; Festa de Natal; Festa do Carnaval; Festa da Páscoa; Dias Especiais (Dia Reis, Dia do Pai, Dia da Mãe, Dia da Criança, Dia de África, Dia de Maria/Flori, Dia da Primavera, Dia dos Finalistas, participação em atividades de salas); Passeios a parques, Museus, Exposições; Passeios de famílias, trabalhadores e peregrinações inter-religiosas; Colónia de Férias (Praia); Festa do Padroeiro (Eucaristia e apresentação de espetáculo); Ações de Formação; entre outros.

O trabalho efetuado pelos Gabinetes visa uma intervenção que, embora se caracterize por atendimentos individuais, procura fazer a mediação entre a Comunidade envolvente e os vários serviços. Isto porque as problemáticas, embora sejam apresentadas de forma individual, refletem a realidade da Comunidade.

A Instituição aposta no trabalho em rede/parceria contínua, delineando as ações na procura de respostas integradas e conjuntas, que vão de encontro aos problemas dos utentes, a médio e longo prazo.

O Centro Social apresenta ainda estratégias para abranger os mais velhos e os mais desfavorecidos com o Grupo de Idosos e o Grupo de Ajuda Fraternal com o objetivo de inter-ajuda, distribuindo o Banco Alimentar pelas famílias mais necessitadas ou realizando também a Feira da Roupas, em que cada pessoa dá o que pode, sendo essa verba devolvida ao gabinete social, que por sua vez a volta a canalizar para a compra de medicamentos que os mais desfavorecidos necessitam. Destaca-se

também o trabalho do Projeto “Reintegrar” que visa visitas aos estabelecimentos prisionais e procura apoiar os reclusos não só nas visitas, mas depois da sua saída em liberdade, tentando integrá-los na sociedade.

Em relação aos grupos de Alfabetização, Explicações e Bolsas de Estudo, o Centro procura dar oportunidades de “Educação para todos” abrangendo desde a população mais jovem até aos mais idosos.

Os grupos de animação cultural e recreativa têm o objetivo não só de divulgar o trabalho do Centro Social, com as suas apresentações no exterior, mas também de apresentar à sociedade os seus valores culturais e recreativos.

Relativamente ao Projeto das Valências é constituído pela Creche (Sala Amarela que acolhe crianças desde os 12 meses até aos 3 Anos e a sua lotação é de 20 Crianças. Sendo acompanhadas por uma Educadora de Infância e duas Auxiliares de Educação) e Pré-escolar (Sala Vermelha, Sala Verde, Sala Azul). A lotação é de 75 crianças (25 crianças de 3,4 e 5 anos, 1 Educadora de Infância e 1 Auxiliar, por sala).

Em relação ao trabalho efetuado pelas valências, o Centro cria as suas próprias estratégias para envolver as famílias, divulgando as atividades através de: exposição de trabalhos no corredor; formação parental; apresentações dos projetos; apresentações de experiências, teatros e espetáculos; painéis com fotografias e cartazes com registos; jornais de sala; elaboração de folhetos; participação em atividades de sala; e todas as outras atividades supracitadas anteriormente.

### Espaço físico do Centro Social

As salas das valências são amplas e bem equipadas, permitindo que as crianças explorem e desenvolvam inúmeras atividades lúdicas. Os materiais são adaptados a todas as idades e distribuídos por salas: piscina de bolas; cadeiras e mesas proporcionais ao tamanho e necessidades das crianças; triciclos; materiais de exploração plástica, dramática, musical e motora; equipamentos informáticos; assim como de um vasto leque de brinquedos, jogos, livros, puzzles, entre outros.

Importa referir que as Educadoras acompanham os grupos de crianças desde a Sala Amarela (Creche) até à Sala Azul, trocando apenas de Auxiliar.

Destacam-se ainda outros espaços que as crianças utilizam: Refeitório – destinado às refeições sendo também adaptado para festas, teatros e outros eventos; Casas de banho – separadas com uma estrutura que delimita o espaço para meninos e meninas; Espaço Exterior – parque para as crianças brincarem e chão amortecedor; Espaço Cultural – salas polivalentes para atividades pontuais, destinado também às atividades culturais do Projeto Comunitário.

O Centro Social dispõe ainda de: cozinha, lavanderia e duas arrecadações; 3 casas de banho para adultos; secretaria; gabinete de coordenação e gabinete da direção; sala dos colaboradores; sala de estudo/explicações; mediateca/centro de recursos; gabinete de Serviço Social; gabinete Jurídico e de Psicologia.

#### Modo de atuação do Centro Social

A execução do Projeto do Centro Social exige da parte de todos os colaboradores diferentes momentos de planificação e avaliação das ações. Verifica-se um envolvimento de todos os intervenientes: Instituição, Família, Comunidade Assim, prevêem-se durante o ano letivo várias etapas para desenvolver este trabalho:

- Planificação e elaboração do Plano Anual – Realiza-se um projeto por cada valência (Creche e Pré-Escolar) e para o Projeto Comunitário com os respetivos subprojectos, existindo um espaço para apresentação e discussão conjunta dos mesmos.
- Avaliação semestral das ações previstas no Plano Anual – Realizam-se dois encontros de avaliação onde participam todos os colaboradores, para refletir sobre as realizações e as previsões dos resultados e dos objetivos.
- Planificação e avaliações intermédias com base no seguinte esquema de reuniões: Reuniões de Direção; Reuniões de Equipa Interdisciplinar (Diretora Técnica, Subdiretora, Coordenadora Pedagógica, Técnica de Serviço Social); Articulação com os Responsáveis dos Subprojectos do Projeto de Ação Comunitária; Reuniões para discussão de casos das Valências (Educadoras de Infância, Coordenadora, Técnica de Serviço Social, Psicóloga e Diretora Técnica); Reuniões de Equipa Pedagógica das Valências (Educadoras de Infância e Coordenadora); Reuniões sobre questões de funcionamento das Valências (Educadoras do Pré-Escolar e

Creche, Auxiliares de Ação Educativa, Coordenadora e, sempre que se justifique, a Responsável dos Serviços Gerais e a Diretora Técnica); Reuniões de Auxiliares de Ação Educativa com a Diretora Técnica e Coordenadora; Reuniões Gerais de Trabalhadores (todos os colaboradores do Centro), visando a preparação da Festa do Natal, da Festa do Padroeiro e da Colônia de Férias; Reuniões de Pais, Reuniões de Comunidade, Reuniões de parceiros.

Importa referir que o Centro estabelece parcerias e articulação com outros serviços imprescindíveis às necessidades da população, nomeadamente com: a Segurança Social; Ministério de Educação; Centro de saúde local; Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), Comissão de Proteção de Crianças e Jovens local; Câmara Municipal; outros.

### **3. Destinatários do Projeto “Fortaleza”**

Este projeto destina-se a crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 6 anos de idade e respetivas famílias, que se encontrem em risco por apresentarem problemas no seu desenvolvimento ou por se encontrarem em condições que os possam originar.

### **4. Definição dos objetivos e linhas estratégicas**

#### **4.1. Objetivos Gerais**

- Criar condições facilitadoras do desenvolvimento global da criança, minimizando problemas ou riscos de atraso do desenvolvimento atempadamente, prevenindo eventuais sequelas;
- Otimizar as condições da interação criança / família, mediante a informação sobre a problemática em causa, o reforço das respetivas capacidades e competências, designadamente na identificação e utilização dos seus recursos e dos da comunidade, e ainda da capacidade de decidir e controlar a sua dinâmica familiar;

- Utilizar os contextos naturais de vida da criança e da família para uma intervenção mais eficaz;
- Envolver a comunidade no processo de intervenção, de forma contínua e articulada, otimizando os recursos existentes e as redes formais e informais de interajuda;
- Promover a formação específica na área de Intervenção Precoce tanto ao nível da equipa como dos outros parceiros.

#### 4.2. Objetivos específicos

Os objetivos específicos estão esquematizados em forma de guião para os técnicos, conforme o quadro seguinte refere. Estes objetivos foram inspirados em *Atitudes, crenças e comportamentos promotores de responsabilização* (Dunst, Trivette, Davis, 1994), e inspirado nas citações dos técnicos entrevistados.

**Quadro I - Guião dos técnicos para as práticas centradas na família**

Objetivos	Estratégias	Resultado
Manter atitudes positivas com a família (respeito, honestidade, empatia...)	Utilização de escuta ativa e reflexiva	Aumenta da autoestima da família
	Relação de confiança	Cria o sentimento de respeito
Reforçar a responsabilidade da família nas respostas às suas necessidades e problemas	Clarificação das necessidades e prioridades da família (avaliar e detetar necessidades)	Minimiza o sentido de dívida da família em relação ao apoio prestado
Fortalecer a família e incentivá-la a encontrar soluções e a estabelecer redes de suporte	Promover e trabalhar a partir das forças da família (recursos)	Promove a sua autonomia
	Formação Parental	Reforça as competências da família

Promover a transdisciplinaridade	Trabalhar em todos os contextos da criança  Um gestor de caso  Visitas domiciliárias (rotinas)	Visão holística e sistémica  Família como parceiro central, sendo que a criança faz parte (poder de decisão à família)
Agir cedo, com todos e para todos, prevenindo e não remediando	Acompanhamento da família em todo o processo (desde o nascimento das crianças)	Previne futuros riscos  Promove ações saudáveis  Promove o sucesso escolar
Articular com os serviços e recursos da comunidade	Estabelecimento de parcerias e redes de suporte formais e informais	Benefício e oportunidades para a população  Reduz fatores de risco

## 5. Metodologia

### Modelo

O seu modo de atuação é transdisciplinar. O projeto é desenvolvido por uma equipa multidisciplinar constituída por profissionais que trabalham direta ou indiretamente no projeto do Centro Social 6 de Maio.

A intervenção permite ainda uma atuação estruturada e assente em planos individualizados (de apoio à criança e à família), desenvolvidos em domicílios e/ou nos ambientes onde normalmente a criança se encontra (amas, creche e jardim de infância).

A equipa é composta pelos profissionais de cada área e pela própria família. A família será sempre um elemento central e fulcral, evidenciando-se pela comunicação, a interação e a colaboração entre os seus elementos.

### **5.1. Metodologia de Intervenção e técnicos intervenientes**

**Sinalização** – os possíveis casos para intervenção no âmbito do projeto podem ser sinalizados por: família, vizinhos, Creche e Jardim-de-infância do Centro Social ou de outra instituição; pediatras ou enfermeiros nas consultas de Desenvolvimento da Criança do Hospital ou Centro de Saúde; pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ); Segurança social ou por outros parceiros, sempre com o consentimento dos pais e/ou encarregados de educação.

Esta fase consiste num encontro informal de esclarecimento do pedido, sem compromissos de ambas as partes no que diz respeito à continuidade do processo, desenvolvido no Centro ou num dos contextos naturais de vida da criança. Dependendo da situação apresentada e da capacidade de resposta do Gabinete, é tomada a decisão de dar início a uma segunda fase, normalmente de avaliação. Neste encontro, devem estar presentes, pelo menos, dois elementos da equipa técnica, os pais da criança e, eventualmente, outros elementos significativos na vida da criança.

**1ª Reunião de equipa** – Nesta reunião procede-se ao preenchimento de uma ficha de sinalização concebida para o efeito. Ainda nesta reunião, de acordo com as necessidades da família e da criança anteriormente observados realiza-se:

- Avaliação da Criança;
- Avaliação da Família.

Observam-se se os critérios de elegibilidade estão de acordo com a lei.

**Reuniões de casos** – Realização de reuniões regulares entre a equipa de aconselhamento e discussão de casos, a coordenadora e o gestor de casos. Estas reuniões serão realizadas quando o processo estiver em ação.

**Reuniões de parceiros** – Realização de reuniões periódicas entre parceiros, com a finalidade de articulação dos serviços.

**Levantamento das necessidades e recolha da informação** – Devem ser feitas pelo agente que sinaliza e pelos técnicos ou serviços envolvidos.

**Avaliação** (Indicadores e formas de avaliar) – a equipa responsável pelo caso realiza uma avaliação formal à criança e à Família, baseando-se em *Cheecklist's* (e.g. Levantamento dos Interesses e Necessidades da Família) e em instrumentos de avaliação padronizados (e.g. Escala de Desenvolvimento Infantil de *Griffiths*), com vista ao planeamento da intervenção que abrange a criança e a família.

O processo de avaliação não tem uma duração/número de sessões fixos, uma vez que depende das características e necessidades detetadas em cada caso. Assim, a equipa fará todos os esforços para que a avaliação seja a mais detalhada e rigorosa possível, com vista a uma intervenção eficaz.

No final do processo da avaliação será redigido um relatório com todos os elementos recolhidos nas diferentes áreas técnicas. Posteriormente, será marcada uma reunião com a família para lhes facultar e discutir em conjunto os resultados do processo de avaliação. No final desta reunião será entregue um relatório escrito aos pais.

Se os técnicos e a família, assim concordarem, será dado início ao processo de intervenção.

**Atribuição do caso aos técnicos** – consoante as avaliações e as necessidades específicas da criança e da família, a equipa decide quem é o responsável ou gestor do caso. Todos os elementos da equipa podem ser gestores de caso. A este último compete assegurar uma comunicação efetiva entre a família e os técnicos.

Competências do gestor de caso:

- Respeita os direitos e os valores das famílias e das crianças;
- Realiza o levantamento das necessidades para apresentar à equipa;
- Elabora e implementa o PIIP (Plano Individual de Intervenção Precoce);
- Articula com todos os intervenientes e solicita apoio à equipa;
- Partilha estratégias e respostas e trabalha com os técnicos de retaguarda;

- Realiza visitas ao domicílio;
- Acompanha a família em todo o processo;
- Estabelece redes de apoio formais e informais na comunidade;
- Promove o encaminhamento e acesso aos serviços;
- Garante privacidade e confidencialidade;
- Organiza e responsabiliza-se pelo processo.

**Construção do PIIP – Plano Individual de Intervenção Precoce** – baseada na anterior avaliação formal da criança e da família, as equipes de intervenção precoce planejam as ações a desenvolver na intervenção sendo posteriormente, construído um “Plano Individual de Intervenção Precoce” com um diagnóstico da situação da criança, no seu contexto de vida (saúde, capacidades e competências das crianças), as prioridades e necessidades da família; os recursos que a família possui. Depois com a colaboração da família, são delineados os objetivos destinados à promoção do desenvolvimento das competências da criança e da respectiva família, bem como as estratégias. Por fim, realiza-se um cronograma para a implementação do programa e com a periodicidade da avaliação do plano.

**Intervenção** – a intervenção é realizada por um interlocutor ou responsável de caso da equipa que coloca em prática os objetivos anteriormente definidos para a criança e para a sua família. Esta intervenção, pode ser realizada nos diferentes contextos, nomeadamente domicílio, creche ou ama. Quanto à frequência da intervenção, esta pode ser diária, semanal ou quinzenal. A discussão semanal dos casos em processo de atendimento, a avaliação contínua, a redefinição de objetivos e estratégias a trabalhar com a criança e com a família, assim como a pertinência de reavaliação do caso por toda a equipa, é assegurada por toda a equipa da Intervenção Precoce.

É esperado que, independentemente do ambiente em que decorrem os apoios, os pais, educadores ou outros elementos relevantes participem ativamente em todas as sessões. O objetivo é estabelecer uma relação de parceria, partilhando estratégias,

opiniões e resultados e, acima de tudo, promover a continuidade do trabalho desenvolvido pelos técnicos no cotidiano diário da criança.

**Reavaliação** – os casos são reavaliados pela equipa na presença da criança e da sua família, quando em supervisão dos técnicos se considera necessário a redefinição dos objetivos ou mesmo a continuidade da intervenção e, contemplam:

- Reavaliação da Criança;
- Reavaliação da Família.

## **6. Recursos humanos técnicos**

### Recursos humanos diretos afetos ao Projeto

- 1 Educadora de infância (Responsável do projeto e coordenadora)
- 1 Técnica de serviço social
- 1 Psicóloga
- 1 Técnica de desenvolvimento comunitário
- 1 Enfermeira
- 1 Terapeuta da fala

### Recursos humanos indiretos afetos ao Projeto que trabalham na Instituição

- Presidente da Direção e respetivos membros da Direção
- Diretora Técnica e Subdiretora
- Coordenadora Pedagógica
- Técnica de Serviço Social
- Advogada
- Educadoras de Infância (4) e Auxiliares de Educação (5)
- Animadora Sociocultural
- Encarregados de Serviços Gerais e Auxiliares de Serviços Gerais (3)
- Cozinheira e Ajudante de Cozinha

- Técnica Administrativa
- Professora de Educação Física, Professor de teatro, Professor de Música
- Monitor de Alfabetização e Monitor da Sala de Estudo
- Estagiários e Voluntários

#### Outros recursos humanos indiretos afetos ao Projeto /Parceiros

- Representante de cada parceria (enfermeiros, médicos, técnicos de serviço social, advogados, embaixadores, educadores de infância e professores, entre outros).

### **7. Recursos materiais e espaço físico**

- Gabinete de Intervenção Precoce destinado a receber as famílias (de apoio à família);
- Material de desgaste;
- Computador;
- Material para avaliação da criança;
- Outros materiais de uso corrente.

### **8. Parcerias e recursos financeiros**

#### **Parceiros**

- Agrupamentos de Escolas locais;
- Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI);
- Associações e Projetos diversos: (Ajuda de Mãe, Projeto No-vamente, Projeto Escolhas, Instituto de Apoio à Criança);
- Banco Alimentar Contra a Fome e Banco de Bens Doados e de Utilidade Pública;
- Câmara Municipal da Amadora;
- Centro de Saúde da Venda Nova;
- Centro de Emprego e Formação Profissional;

- Comissão de Protecção de Crianças e Jovens da Amadora (CPCJ);
- Comité Português para a Unicef;
- Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade (CNIS);(UDIS);
- Embaixadas diversas;
- Estabelecimentos Prisionais – Linhó, Caxias, Sintra e Lisboa;
- Fundación C&A (*Projecto Porticus*);
- Hospital da Amadora/Sintra ou outros;
- Instituto de Emprego e Formação Profissional da Amadora;
- Instituto de Reinserção Social Amadora;
- Junta de Freguesia Local;
- Montepio;
- Ministério da Educação;
- PSP da Venda Nova;
- Rede Social da Venda Nova;
- Segurança Social da Amadora;
- Universidades: Católica Portuguesa e Lusófona de Lisboa.

### **9.Cronologia**

Até Dezembro – preparação e apresentação do projeto final e reuniões de equipa para traçar linhas orientadoras e reformular a proposta.

Janeiro – Marcar com entidades competentes com o objetivo de estabelecer protocolos.

Março – Início do projeto.

Tempo de Duração do Projeto - Para que os objetivos do Projeto sejam alcançados com maior sucesso, é fundamental que este projeto se mantenha o tempo que for necessário.

### **Horário de funcionamento**

De segunda a sexta-feira das 8h às 19h

Em caso de necessidade os técnicos disponibilizam-se para outras horas ou dias.

**Sede:** Centro Social 6 de Maio

**Reflexão sobre o caminho andando...e o caminho a percorrer ...**

Num ambiente calmo e acolhedor e numa conversa íntima ouvimos as famílias... E quando lhes perguntamos o que as preocupa mais, e as deixamos falar abertamente e à vontade sobre os seus problemas, acabam por nos “confessar” muito mais do que aquilo que possamos esperar. Ao fazer um questionário fechado, como por exemplo, uma ficha de inscrição ou uma anamnese, muitas vezes, acabamos por condicionar as suas respostas e não ficamos a saber quais os seus receios e verdadeiras necessidades. Desta forma, creio que o levantamento das necessidades terá de ser muito bem elaborado e apoiado em diversos instrumentos, para que a família exponha o máximo de informação.

Para dar continuidade e formalizar este projeto é necessário que a equipa se reúna de forma contínua, e conjuntamente, se definam estratégias de cada passo e cada etapa do projeto, se formalize um regulamento interno e um protocolo de acordo com o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância para o poder apresentar às entidades competentes e pô-lo em prática.

É necessário ainda, investigar se as equipas de IP locais dão respostas a estes casos tão complexos e tão prioritários. Verificamos que se uma criança tem um problema biológico ou genético, como por exemplo, uma trissomia ou uma paralisia, imediatamente é atendida; não obstante, se uma criança tem um problema de ordem ambiental ou familiar, em que vários fatores de risco, condicionam o seu desenvolvimento, principalmente ao nível emocional, já é mais difícil que seja eleita para uma intervenção precoce. No entanto, a família da criança com trissomia pode ser uma família de “base segura” e bem estruturada, mas o seu problema é mais visível do que a outra.

Em contrapartida, já observámos crianças acompanhadas por equipas, mas com um trabalho apenas centrado na criança, excluindo a família de todo o processo. Verificámos que os resultados não eram visíveis, porque para além do problema biológico, as famílias tinham outros fatores associados, tais como, a pobreza, que não

deixavam que a criança melhorasse. Só quando a intervenção do Centro Social se fez sentir é que os resultados foram visíveis, porque envolveu a família em todo o processo.

Deste modo, a nossa IPSS, é um local privilegiado para a constituição de uma equipa de intervenção, pois o Centro Social acompanha as famílias. O trabalho do Centro continua a crescer e está em constante mudança, porque a própria sociedade assim o dirige, bem como os problemas socioeconómicos que acabam por se refletir em toda a Comunidade. Apesar de todos os esforços que o Centro Social realiza pode-se verificar que a pobreza continua, que a economia fácil cada vez é maior, porque a própria sociedade portuguesa está a sofrer grandes mudanças ao nível de qualidade de vida, e as populações mais carenciadas são as primeiras a dar sinais.

Verificam-se, de igual forma, algumas lacunas ao nível de recursos humanos que poderiam facilitar um trabalho mais direto como, por exemplo o serviço domiciliário de apoio precoce às crianças e suas famílias. Estes recursos, como podemos verificar, numa Instituição com esta dimensão, não são muitos, mas com a preciosa ajuda de todos os voluntários, estagiários, e parceiros de outras instituições, o Centro vai conseguindo realizar as suas ações com o objetivo de responder a algumas necessidades da população alvo e contribuir para a sua integração na sociedade.

Pelo que ficou exposto, torna-se imperiosa a constituição de uma equipa de intervenção precoce que possa dar apoio individualizado às famílias a tempo inteiro. Por exemplo, a psicóloga ou a advogada só estão presentes no Centro uma vez por semana, tornando inviável um acompanhamento a todas as famílias que recorrem aos seus serviços. As técnicas de serviço social estão apenas no gabinete, com horário limitado para realizar visitas ao domicílio. As educadoras, apesar de trabalharem com as famílias, estão muito direcionadas a um trabalho intenso de sala e de Instituição. As enfermeiras vão apenas uma vez por mês ao Centro Social e a terapeuta da fala é muito difícil de destacar para o Centro Social, mesmo existindo inúmeras crianças que necessitam desse apoio.

É neste sentido, que contamos com o apoio de verbas que possam manter os técnicos a tempo inteiro, de forma a serem garantidas práticas de excelência. Contudo, as equipas que serviram de modelo a este projeto indicam que um dos obstáculos é,

precisamente, a área financeira. Este fato, conduz-nos mais uma vez, ao recurso à criatividade e à elaboração de outros planos e atividades que possam sustentar e auto financiar o projeto, à semelhança da “bolsa de estudo” para os estudantes universitários do bairro, que decorre, exclusivamente, da venda de um livro que voluntários se propuseram a elaborar para este fim; ou das verbas que o gabinete de serviço social dispõe para apoiar famílias, que é o fruto da realização de uma feira de produtos usados ou oferecidos, aberta à comunidade, a preços muito simbólicos.

Verificamos ainda que esta população se ressentida de exclusão social e, com toda a razão pois, muitas vezes, os documentos são os que abrem muitas portas e que estão fechadas para quem não os tem! Muitas pessoas em desespero chegam a trabalhar com os documentos de familiares ou amigos, para poder sobreviver e por outro lado, as oportunidades de emprego desaparecem, assim que referem a sua morada dizendo “Bairro 6 de Maio”. Este estigma social, muitas vezes, é causado pelos *media* que, com as suas notícias, acabam por denegrir a imagem do bairro, esquecendo que, apesar de tudo, aí reside uma população maioritária que trabalha o dia inteiro, saindo de casa de madrugada e voltando à noite, para conseguir manter um agregado familiar numeroso, contra muitos obstáculos e barreiras sociais. E afinal esquecemos que essa população é titular de valores e riquezas culturais que podiam ser mais divulgados.

A dimensão familiar é o suporte de qualquer pessoa, por isso todo o apoio familiar é importante para que as pessoas se sintam seguras. Para tal, a família precisa de ser apoiada pelo Estado, para que tenha condições de ser um porto seguro para cada um de seus membros. Cada uma das instâncias da nossa vida está interligada e a falta de qualidade numa dessas instâncias pode levar à desmotivação e insucesso. Quando pensamos em inclusão, também pensamos em exclusão. Para incluir precisamos admitir que alguém está excluído. Mas quais foram os processos sociais que levaram à exclusão de indivíduos?

Acreditamos assim que o Projeto Fortaleza será uma mais valia e um contributo precioso na deteção/ resolução de situações de risco, no contexto do Bairro 6 de Maio, pois, após quinze anos de experiência nesta instituição, já se colhem muitos ‘frutos’ do trabalho que tem vindo a ser desenvolvido pela instituição.

Observa-se também que se, por um lado, as famílias estão cada vez mais envolvidas na educação dos seus filhos, o que é facilmente comprovável através da sua participação nas atividades promovidas pelo Centro: Eventos culturais e religiosos, atividades de salas, reuniões de pais, formações parentais, entre outras; por outro lado, as famílias atravessam, hoje em dia, grandes dificuldades, diretamente relacionadas a com a atual situação económica do país, pelo que se recomeçam a verificar as crianças na rua, sem proteção, tal como na década de oitenta, quando, por sinal, também se atravessava uma grave crise económica no país.

Em relação aos contextos familiares ressaltam dificuldades económico-sociais, relacionadas com a precaridade de condições laborais e socio-estatutais dos pais que podem comprometer o desenvolvimento das crianças. Neste caso, verifica-se que o risco ambiental pode estar inerente, encontrando-se obstáculos a vários níveis: vivências num bairro problemático de cariz socioeconómico, más condições de habitação e saneamento básico; desemprego e trabalho precário dos pais; estrutura e rotinas familiares pouco credíveis e consistentes; poucos estímulos ao nível das experiências precoces; entre outros.

Neste sentido, é necessário e urgente que seja desenvolvida, entre pais e técnicos, uma relação que promova a segurança, o envolvimento ativo e a aprendizagem, individualizando e adaptando sempre as práticas para as crianças e suas famílias tendo em conta todas as suas necessidades. É, pois, neste contexto e perspectiva que podemos afirmar que a Intervenção Precoce seria eficaz junto destas famílias, tornando-se assim imperioso reunir a equipa e começar o Projeto Fortaleza.

Espera-se ainda que este projeto possa inspirar outros projetos que atuem com as famílias carenciadas a vários níveis, pois esta temática é determinante para o futuro das famílias e crianças.

## Referências Bibliográficas

- Agência Europeia para o Desenvolvimento em Necessidades Educativas Especiais (2005). *Intervenção Precoce na Infância Análise das situações da Europa*, capturado a 22 em Março de 2012, consultado em [http://www.european-agency.org/publications/ereports/early-childhood-intervention/eci\\_pt.pdf](http://www.european-agency.org/publications/ereports/early-childhood-intervention/eci_pt.pdf).
- Almeida, I. C. (2002). *Intervenção Precoce: Breve reflexão sobre a realidade*. Porto: Porto Editora.
- Almeida, I. C. (2004). Intervenção Precoce: Focada na Criança ou centrada na família e comunidade? *Análise Psicológica*, 22(1), 43-54.
- Almeida, I. C. (2007). *Estudos sobre a Intervenção Precoce em Portugal. Dissertação de Doutoramento*. Universidade do Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Almeida, I.C. (2009). *Estudos sobre intervenção precoce em Portugal: Ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Alves, M. (2009). *Intervenção Precoce e Educação Especial: Práticas de intervenção centradas na família*. Viseu: Psicossoma.
- Bairrão, J. (1994). A perspectiva ecológica na avaliação de crianças com necessidades educativas especiais e suas famílias. O caso da intervenção precoce. *Inovação*, 7, 37-48.
- Bairrão, J. (coord.) (2005). *Desenvolvimento: Contextos Familiares e Educativos*. Porto: Livpsic.
- Bairrão, J., & Almeida, I. C. (2002). *Contributos para o estudo das práticas de intervenção precoce em Portugal*. Lisboa: Ministério da Educação, Departamento da Educação Básica.
- Bairrão, J., & Almeida, I. C. (2003). Questões actuais em Intervenção Precoce. *Psicologia*, 17(1),15-29.
- Bailey, D.B., & Wolery, M. (1992). *Teaching infants and preschoolers with disabilities*. Columbus, OH:Merril.

- Barros, L. (1998). As consequências psicológicas da hospitalização infantil: prevenção e controlo. *Análise Psicológica*, 1 (16), 11-28.
- Boavida, J. E., & Borges, L. (2003). *Intervenção Precoce em desenvolvimento. Saúde Infantil*, 25/3, I, 23-34.
- Brazelton, T. B., & Greenspan, S. I. (2002). *A criança e o seu mundo: requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. Barcarena: Presença.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. In T. Husen & T. N. Postlethwaite (Eds.), *International Encyclopedia of Education* (2nd Ed., Vol. 3, (pp.1643-1647). Oxford, England: Pergamon Press.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.). *Handbook of child psychology*. 5th Edition. Vol.1: Theoretical models of human development. New York: John Wiley and Sons. pp. 993-1028.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. (2006). The Bioecological Model of Human Developments. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.). *Theoretical models of human development. Handbook of child psychology*, Vol.1 (pp.???) New York: John Wiley and Sons.
- Bruder, M.B., & Dunst, C.J. (2006). Advancing the agenda of service coordination. *Jornal of Early Intervention*, 28(3), 175-177.
- Cardoso, C. (2006). *Os professores em contexto de diversidade*. Porto: Predefinições.
- Centro Social 6 de Maio (2012). *Relatório e plano de atividades 2011-2012*. Amadora: Centro Social 6 de Maio.
- Conselho Nacional de Educação (2011). *Recomendação n.º 3/2011. A educação dos 0 aos 3 anos*. Diário da República, 2.ª Série – N.º 79, de 21 de Abril de 2011.
- Conselho Nacional de Educação (2010). *Recomendação n.º 2/2010. O Estado da Educação 2010: Percursos Escolares*. Diário da República, 2.ª série — N.º 212, de 02 de Novembro de 2010.
- Correia, L. M., & Serrano, A. M. (Orgs.) (2000). *Envolvimento parental em intervenção precoce. Das práticas centradas na criança às práticas centradas na família*. Porto: Porto Editora.

- Cortesão, I. (2000). *Ser professor: um ofício em risco de extinção? Reflexões sobre práticas educativas face à Diversidade, no limiar do séc. XXI*. Porto: Edições Afrontamento.
- Coutinho, C.P. (2008). A qualidade da investigação educativa de natureza qualitativa: Questões relativas à fidelidade e validade. *Educação Unisinos* 12 (1), 5-15.
- Decreto Lei nº 9/89, de 2 de Maio. Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiências.
- Decreto-lei nº281/2009 (DR, I série, nº 193) para a criação do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI).
- Despacho Conjunto N ° 891/99. Diário da República. II Série, nº 244 de 19-10-99.
- Dunst, C.J. (1995). *Influências do apoio social no comportamento e desenvolvimento da criança e do agregado familiar*. Paper presented at the IV Encontro sobre intervenção precoce. Coimbra.
- Dunst, C.J., Trivette, C.M., Davis, M., & Corwell, J. (1988). Enabling and empowering families of children with health impairments. *Children's Health Care*, 17, 2, 71-81.
- European Agency for Development in Special Needs Education, (2010). *Intervenção Precoce na Infância. (I) Progressos e Desenvolvimento/ 2005-2010*, capturado a 31 de Maio de 2012, consultado em <http://www.european.agency.org>.
- Fisher, G. (1996). *Os conceitos fundamentais da psicologia social*. Paris: Dunod.
- Fuertes, M. (2005). *Intervenção precoce em Portugal e no Reino Unido – entre centímetros e léguas de distância*. *Alameda*, 2, 32-35.
- Fuertes, M. (2011). A outra face da investigação: Histórias de vida e práticas de intervenção precoce. Da investigação às práticas. *Análise Psicológica*, 1 (1), 89-109.
- Fuertes, M., Faria A., Soares H., & Crittenden, P. (2009). Developmental and evolutionary assumptions in a study about the impact of premature birth and low income on mother-infant interaction. *Acta Ethologica*, 12,1-11.
- Gabarino, J., & Abramowitz R. H. (1992). Sociocultural risk and opportunity. In J. Garbarino (Ed.), *Children and Families in the Social Environment* (pp.35-70). New York: Aldine de Gruyter.

- Gabarino, J., & Ganzel, B. (2000). The Human Ecology of Early Risk. In J. P. Shonkoff, & S.J. Meisels (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp. 76-93). Cambridge: Cambridge University Press.
- Gervilla, A. (2008). *Família e Educação Familiar*. (pp.183-191). Madrid: Narcea, S.A.
- Gómez, G. R., Flores J. G., & Jiménez, E. G. (1999). *Metodologia de la investigación cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Goldschmied, E., & Jackson, S. (2006). *Educação de 0 a 3 Anos: O Atendimento em Creche*. Porto Alegre: Artmed.
- Guralnick, M. J. (1998). *The effectiveness of early intervention* (pp.3-22). Baltimore: Paul, H. Brooks Publishing.
- Guralnick, M. J. (2001). Why early intervention works: A systems perspective. *Infants and Young Children*, 14, 2, 1-18.
- Guralnick, M. J. (2011). A developmental systems model for early intervention. *Infants and Young Children*, 24, 1, 6-28.
- Heckman J. (2006). Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children. *Science*, 312, 5782, 1900-1902.
- Hohmann, M., & Weikart D. P. (1997). *Educar a criança*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Máximo, L. (2007). *Visão panorâmica da investigação-ação*. Porto: Editora porto
- McGonigel, M.J., Kaufman, R.K. & Johnson B.H. (1991). *Guidelines and recommended practices for the individualized family service plan*. Bethesda: Maryland. Association for the Care of Children`s Health.
- McWilliam, R. (2002). *Os cinco elementos chave da prestação de serviços em contextos naturais*. Paper presented at the I Congresso Nacional de Intervenção Precoce. Coimbra.
- McWilliam, R., Winton, P., & Crais, E. (2003). *Estratégias Práticas para a Intervenção Precoce Centrada na Família*. Porto: Porto Editora.
- Meisels, S. J., & Shonkoff, J.P. (2000). Early childhood intervention: A continuing evolution. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.). *Handbook of early childhood intervention*. (2nd. Ed. Pp. 3-31). Cambridge: University Press.
- Ministério da Educação (2000). *A Educação Pré-Escolar e os Cuidados para a Infância em Portugal: Relatório Preparatório*. Lisboa: Ministério da Educação:

- Departamento da Educação Básica. Consultado em Abril de 2012  
<http://www.oei.es/inicial/articulos/educacaopreescolarportugal2.pdf>.
- National Association for the Education of Young Children (NAEYC). (2009).  
*Developmentally appropriate practice in early childhood programs serving children from birth through age 8 – a position statement of the National Association for the Education of the Young Children*. Washington DC: NAEYC.
- Nacional Scientific Council of the Developing Child. (2005). *Excessive stress disrupts the architecture of the developing brain* (3). Consultado em Maio de 2012.  
<http://www.developingchild.net/reports.shtml>.
- Neville, H. (2009). *Changing brains: Effects of experience on human brain development* [motion picture]. United States: P. Taylor & E. Pakulak [producers]. consultado em Abril de 2012: <http://changingbrains.org>
- Noonan, M. J. & McCormick, L. (2006). *Young children with disabilities in natural environments: Methods & Procedures*. Baltimore, MD: Brookes.
- Noronha, M. & Jesus, M. (1998). *Cooperação Escola/Família – Guia Facilitador*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Oliveira, Z., Mello A., Vitória, T., & Rossetti-Ferreira, M. (1999). *Creches: Crianças, faz de conta & cia*. 7ª Edição. Petrópolis: Vozes.
- Pereira, B. e Neto, C. (1998). Saberes sobre as crianças. In Manuel Pinto e Jacinto Sarmiento (coord.). *Para uma Bibliografia sobre a Infância e as Crianças em Portugal* (pp. 85-107). Braga: Centro de Estudos da Criança.
- Pessanha, M. (2006). *Vulnerabilidade e resiliência no desenvolvimento dos indivíduos: Influência de qualidade dos contextos de socialização no desenvolvimento das crianças*. Dissertação de Doutoramento. Universidade do Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Pimentel, J. S. (2004). Avaliação de programas de intervenção precoce. *Análise Psicológica*, 22(1) 65-72.
- Pimentel, J.S. (2005). *Intervenção focada na família: desejo ou realidade*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

- Portugal, G. (1998). *Crianças, Famílias e Creche: Uma abordagem ecológica da adaptação do bebé á creche*. Porto: Porto Editora.
- Portugal, G. (Org.) (2009). *Ideias, projectos e inovação no mundo das infâncias – o percurso e a presença de Joaquim Bairrão*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Rodrigues, D. (2006). *Educação inclusiva. Estamos a fazer progressos?* Universidade Técnica de Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Rogers, C. (1983). *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Moraes.
- Rutter (2005). *Genes and behavior*. Oxford: Blackwell.
- Sameroff, A. (2010). A unified theory of development: A dialectic integration of nature and nurture. *Child Development*, 81, 1, 6–22.
- Sameroff, A. J. (1975). Early influences on development: Fact or fancy? *Merril Palmer Quaterly*, 21, 267-294.
- Sameroff, A. J. (1983). Developmental systems: Contexts and evolution. In P. H. Mussen (ed.) *Handbook of child psychology Vol.1 History, theory and methods*. (pp.238-294). New York: John Wiley and Sons.
- Sameroff, A. J., & Chandler, A. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F. D. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek & G. Siegel (Eds.). *Review of child development research*, vol. 4. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2000). Transactional Regulation: The Developmental Ecology of Early Interventions. In S. J. Meeisels & J. P. Shonkoff (Eds.). *Handbook of early childhood intervention* (2<sup>a</sup> ed., pp. 135-159). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sameroff, A., McDonough, S., & Rosenblum, K. (2004). *Treating parent-infant relationship problems: Strategies for Intervention*. New York: Guilford.
- Santos, P. (2007). Promovendo um processo de uma cultura de intervenção precoce. Tese de Doutoramento. Universidade de Aveiro: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Serrano, A.M. (2007). *Redes Sociais de Apoio e sua Relevância para a Intervenção Precoce*. Porto: Porto Editora.
- Shonkoff, J. P. (2010). Building a new biodevelopmental framework to guide the future of early childhood policy. *Child Development*, 81, 1, 357-367.

- Shonkoff, J.P., & Phillips, D.A. (2000). *From neurons to neighborhoods. The Science of Early Childhood Development*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Simeonsson, R., & Bailey D. (1990). Family dimensions in early intervention. In S.J. Meisels & J.P. Shonkoff (eds.), *Handbook of early childhood intervention*. (pp 428-444). Cambridge: University Press.
- Soares, N. (2006). A investigação participativa no grupo social da infância. *Currículo sem Fronteiras*, 6, 1, 25-40.
- Spodek, B. (2002, org.). *Manual de Investigação em Educação de Infância*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Tegethof, I.C. (2007). Estudos sobre a intervenção Precoce em Portugal: ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias. Tese de Doutoramento. Universidade do Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- UNESCO (1948). *Declaração Universal dos Direitos do homem, Proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas a 10 de Dezembro de 1948*, capturado a 11 de Março de 2012, consultado em <http://www.onu.org.br/a-onu-e-os-direitos-humanos>.
- UNESCO (1989). *Convenção sobre os Direitos da Criança, aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas a 20 de Novembro de 1989*, capturado a 11 de Março de 2012, consultado em [http://www.unicef.pt/pdf\\_publicações/convenção\\_direitos\\_da\\_criança](http://www.unicef.pt/pdf_publicações/convenção_direitos_da_criança)
- UNESCO (1994). *Declaração de Salamanca e enquadramento da ação na área das necessidades educativas especiais*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- UNESCO (1996). *Educação, um tesouro a descobrir*. Porto: Edições Asa.
- UNICEF (2008). *A transição dos cuidados na infância*. Innocenti report cart n° 8. Florença: Centro de Pesquisa Innocenti da UNICEF.
- Wolery, M. (2000). Recommend practices in child-focused interventions. In S. Sandall, M. McLean & B. Smith (Org.), *DEC recommended practices in early intervention/early childhood special education* (pp. 29-33). Denver: Division of Early Childhood of the Council for Exceptional Children.
- Zigler, E. F. (1990). Foreword. In. S.J. Meisels, & J. P. Shonkoff (eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp. IX-XIV??). Cambridge: Cambridge University Press.

## **ANEXOS**

## Anexos

### Anexo 1 – Exemplo de uma entrevista completa à população

Entrevista 2 C

Agregado familiar

Parentesco	Idade	Escolaridade
Pai	25 Anos	4º Ano
Mãe	24 Anos	9º Ano
Filho	5 Anos	JI
Filho	2 Anos	Creche

Profissão do Pai – Desempregado

Profissão da Mãe – Empregada de balcão

Apoio financeiro – RIS

Local de Residência – (Bairro 6 de Maio)

Data da Entrevista: 4/1/2012

#### **1.Quais as principais preocupações no seu dia-a-dia?**

As minhas preocupações são saber se os meus filhos estão bem na escola e quando vão para casa! Tenho medo que alguma coisa possa acontecer, ou não corra bem! Mas quando chego a casa pergunto sempre como correu tudo! Mas estou sempre com medo que algo possa acontecer porque eu só saio do trabalho às 7 horas e peço à Mica para os ir buscar, mas depois aquele bocado em que não estão na escola, tenho medo que eles vão para a rua e encontrem uma seringa no chão, porque hoje em dia veem muitos “carochos” (toxicodependentes) para o bairro comprar droga e injetam-se mesmo ali!

Depois também tenho medo da estrada...A minha irmã mais nova morreu atropelada naquela estrada por trás do bairro e a minha casa é para esses lados, por isso tenho esse trauma mesmo! Estou sempre a pedir para não deixarem sair de casa enquanto eu não chegar. Epá as pessoas dizem que eu sou maluca porque quando passo pelos “carochos” sinto que eles têm tantas doenças, que eu não respiro e chego até a tapar a boca dos meus filhos para não respirarem o mesmo ar! Mas tenho mesmo medo! São muitas preocupações na minha cabeça. Depois não quero que nada falte aos meus filhos e por isso faço tudo certinho para não faltar ao meu trabalho! Eu gostava de fazer mais coisas porque apesar de só ter o 9ºAno: falo e escrevo bem, sou educada, sou nova e sei organizar a minha vida de forma independente, e sinto que podia ir mais longe! Mas também a questão dos documentos nunca mais fica resolvida! Olha, eu nasci cá e não tenho nacionalidade portuguesa! Eu já chorei tanto porque é muito difícil de arranjar qualquer trabalho: ou por não ter os documentos ou por morar no bairro! Mas agora já consegui a autorização de residência, mas só agora! Eu gosto deste país, só não gosto a forma como se tratam as coisas... Parece-me muito injusto nascer num país e não direito à nacionalidade! Eles até pedem o registo criminal de cabo verde! Ora se eu nem nasci lá, como poderei ter algum registo criminal lá? Não faz sentido! Mas graças a Deus os meus filhos já têm, com a nova lei foi mais fácil...Mas foi graças ao Serviço Social aqui do Centro que eu consegui tratar das coisas! É difícil também não poder experimentar alguns trabalhos para ganhar prática, ninguém nasce ensinado! Mas eu já me inscrevi em vários sítios e nunca me chamaram! Agora tenho este trabalhinho mas ganho pouco! Depois já tive o rendimento social mas cortaram-me uma parte! Se eu tiver um trabalho mais digno se calhar nem precisava de subsídios. Mas tenho sempre a preocupação de pagar as contas e de ajudar a minha mãe! Em primeiro lugar estão as compras de casa e as fraldas e os medicamentos, depois pago as contas da escola, e outras contas e isso eu consigo mais ou menos garantir!

## **2. Quais os apoios que necessita para a educação dos seus filhos?**

Gostava que eles tivessem muito apoio na escola e na aprendizagem! Eu falo muito com o meu filho mais velho e ele diz-me que gostava muito de ser jogador, mas eu não tenho condições para lhe pagar um clube para ele poder jogar! Eu sei que se tivesse dinheiro ele podia estar a treinar num clube e quem sabe ele poderia vir a ser um grande jogador!

Tem muito jeito com a bola! Mas as oportunidades nem sempre aparecem! Se eu tivesse algum apoio nesse sentido era bom! Mas o apoio que eu gostava mesmo era na escola e que eles tivessem uma profissão! No meu caso eu estudei até ao 9º ano mas não sou nada! Não sou nada é como quem diz! Não tenho uma profissão que me diga que sou alguma coisa, é nesse sentido! Percebes? Eu já tive inscrita num curso, mas era em Alverca e o meu filho mais novo era muito pequeno e precisava de mim! Depois ia chegar a casa às 11 horas e nunca ia ver os meus filhos! Isso eu não ia aguentar! Prefiro ficar sem nada do que perder o crescimento dos meus filhos! Mas também estou preocupada com a primária do meu filho. As escolas aqui da área rejeitam muito as crianças do bairro...Mas isso logo se vê! Há uma perto do meu trabalho que acho que é boa! Vou informar-me!

### **3.O que é para si uma família feliz?**

Eu sou uma família feliz! Adoro os meus filhos e faço tudo, tudo por eles, nem saio à noite para me divertir, porque quero estar sempre perto deles e ficam mais seguros! Sou uma mãe galinha eu sei! Mas cada coisa que eles fazem é uma gargalhada! Às vezes ando muito “stressada” com o trabalho e com a organização da casa e posso dar um pouco menos de atenção, mas isso acho que é normal em todas as famílias! Depois gosto de passear com eles e de conversar com eles! E isso faz-me feliz! Uma família feliz é uma família que está lá sempre nos bons e maus momentos, que não deixam a outra parte passar necessidades e sim de se apoiarem muito! Eu e os meus irmãos estamos sempre unidos! Se alguém me fizer mal, não está a arranjar um problema só comigo mas sim com a família toda! Também já tive doente no hospital e a minha mãe ficou com os meus filhos e os meus irmãos ficaram comigo no hospital! É isso uma família!

A minha família que eu tenho em minha casa é tudo para mim! Tenho um amor pelos meus filhos que eu nem sei de onde vem! Já me disseram que eu sou uma mãe exemplar e eu fiquei muito orgulhosa disso! Há muitas mães aqui no bairro que parece que têm os filhos só por ter! E muitas não têm cabeça e só pensam mais em si! Eu quando tive os meus filhos era uma criança! Tinha 17 anos quando veio o primeiro, mas assim que ele nasceu eu assumi a responsabilidade e deixem logo de ser criança! Passei a ser uma mãe

que dá amor, carinho, atenção, deixá-los falar e fazer tudo! Quer dizer eles têm que ter os seus limites! Se eu der um beijinho a um, tenho que dar ao outro! Se eu der 10 beijinhos a um, faço o mesmo ao outro! Às vezes há momentos de stress! A rotina do dia-a-dia não é fácil principalmente quando estamos cansadas! Mas isso também é normal! O pai deixa-os fazer tudo mas também é demais eu já o avisei! Mas ele responde que as crianças são livres! Mas também aviso-o que não podemos deixar de dar a educação!

## Anexo 2 – Guião e exemplo de uma entrevista completa aos técnicos

### Guião da Entrevista aos técnicos da “futura” Equipa de Intervenção Precoce

Blocos Temáticos	Objetivos	Formulários e questões	Observações
I. Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado	- Legitimar a entrevista e motivar o entrevistado	- Informar sobre o tema e objetivo  - Solicitar a colaboração do entrevistado, assegurando o anonimato das informações e opiniões  - Pedir autorização para gravar a entrevista	É feita uma caracterização à parte: Idade, Grau Académico, Categoria Profissional, Tempo de Serviço, Função Actual...
II. Criando uma Equipa de IP	- Averiguar o conhecimento que os técnicos têm de Intervenção precoce  - Reconhecer a importância de constituir uma equipa destinada a uma população carenciada	- Qual a sua definição de intervenção precoce? Que critérios de elegibilidade orientam a sua prática?  - Julga importante criar uma equipa de intervenção precoce no Centro Social 6 de Maio? Porquê?  - Quais os objetivos que considera importantes para o trabalho da futura equipa atendendo à população a que se destina?	

<p>III. Desenvolvimento das práticas: Modelos desejados</p>	<p>- Conhecer o modelo pelo qual a equipa desejava seguir as suas linhas orientadoras</p> <p>- Averiguar todas as possíveis articulações exteriores à equipa</p>	<p>- Qual o modelo que gostaria que a equipa adotasse para efetivar as suas práticas e a sua organização?</p> <p>- Quais as parcerias possíveis com outros serviços para que o resultado do trabalho seja bem sucedido? Como poderiam ser feitas parcerias?</p>	<p>- em termos de relações internas, gestão da comunicação, tipo de coordenação, modelo de organização (pluridisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar)</p>
<p>O Papel do técnico</p>	<p>- Averiguar o papel que cada técnico pretende assumir nesta equipa</p>	<p>- Quais as funções que gostaria de assumir na constituição da equipa?</p>	
<p>IV. Finalização e Validação da entrevista</p>	<p>- Finalizar a entrevista agradecendo e valorizando a colaboração do entrevistado</p>	<p>1. Gostaria de agradecer a sua disponibilidade e colaboração</p> <p>2. De certo que a sua colaboração irá ter um enorme valor no sucesso deste trabalho</p>	

## **Entrevista 2**

**Formação Profissional:** Psicóloga

**Grau Acadêmico:** Frequência de Mestrado de Intervenção Precoce

**Tempo de serviço:** 12 Anos

**Idade:** 34 Anos

### **1. Qual a sua definição de intervenção precoce? Que critérios de elegibilidade orientam a sua prática?**

A Intervenção Precoce é no fundo um modelo de trabalho, acho que mais que tudo é um modelo de trabalho diferente daquilo que se tem vindo a fazer até agora, para trabalhar com crianças até aos 6 anos de idade, mas essencialmente com a família, as famílias dessas crianças, ou seja num modelo de intervenção centrado na família, partindo de um trabalho direto com a família, para se chegar à criança e não o contrário como se fazia até aqui.

Que critérios de elegibilidade acho que deve ter a IP. Os critérios definidos pelos Ministérios, pelo SNIPI, a mim faz-me sentido, sendo que em primeira linha, estão os critérios relacionados, com as alterações da estrutura e funções do corpo, referentes à CIF, que podem ser atrasos de desenvolvimento sem etologia conhecida ou com etologia conhecida, mas para além disso faz-me sentido estarem presentes os outros critérios de elegibilidade, que estão mais relacionados com os fatores de risco ambiental e social, porque sabemos que a acumulação desses fatores de risco podem gerar atrasos de desenvolvimento, sendo a IP o modelo de Intervenção para prevenir essencialmente alguns atrasos de desenvolvimento se situarmos em termos de prevenção com esses fatores de risco sabemos que podem potenciar e agravar esses atrasos, e se calhar preveníamos algumas situações futuras. Acho que acima de tudo a IP é uma resposta para as famílias que têm alguns critérios de risco e que podem vir a ter crianças com algumas dificuldades posteriormente. Claro que há casos que as crianças já tem essas dificuldades e é necessário atuar, mas o ideal seria de prevenção e não de remediação.

## **2. Julga importante criar uma equipa de intervenção precoce no Centro Social 6 de Maio? Porquê?**

Julgo importante a criação de uma equipa de IP que de resposta a comunidades que não tenham essas respostas, que é o caso. Até porque neste momento não sabemos que equipas é que poderia dar resposta aqui na zona, ou seja se existem mesmo equipas de IP e se elas existem, pelo menos deveriam ter comunicado a sua existência a todas as instituições aqui da zona, ou seja a todas as instituições que trabalham não só as crianças mas também as famílias das crianças. Portanto acho que é fundamental existir uma equipa aqui que possa fazer este trabalho, porque aquilo que nós temos visto, é que aqui há muitas crianças, algumas que ainda não têm atrasos de desenvolvimento, mas que tem alterações socio-emocionais significativas e que podem condicionar o desenvolvimento delas, sem contar com estruturas familiares mais fracas e com presença de muitos fatores de risco que nos deixam um bocadinho alarmadas sobre o futuro daquelas crianças. Por isso acho que é fundamental.

## **3. Quais os objetivos que considera importantes para o trabalho da futura equipa atendendo à população a que se destina?**

Eu acho que qualquer equipa que se constitua, deve ter como objetivo central a atuação direta com as famílias e com as crianças, mas acho que não se pode só focar o trabalho direto com estas famílias e com estas crianças, acho que deve ter aquilo que eu defendo muito que é ter um objetivo de trabalhar em parceria e ter uma visão muito de colaboração entre os serviços. Nesta zona, especificamente no bairro 6 de Maio até existem algumas respostas sociais, mas estão completamente desarticuladas e cada um faz uma coisa, que até podem estar a fazer muito bem, mas cada um age de sua forma e cada um puxa para seu lado e tenho receio de que qualquer coisa que seja criada e não for enraizada na comunidade e não houver essa colaboração interserviços, que seja mais uma resposta ao lado de tantas outras e não em colaboração e muitas vezes havendo até uma duplicação de serviços. Por isso eu acho que para além do objetivo de intervenção direta, devia haver, um dos grandes objetivos da equipa de intervenção precoce, a articulação e uma boa coordenação, havendo alguém que assumisse essa articulação e coordenação de serviços que se tem visto que resulta mais.

#### **4. Qual o modelo que gostaria que a equipa adotasse para efetivar as suas práticas e a sua organização?**

Sem dúvida nenhuma que o modelo da equipa transdisciplinar é o que resulta mais e poderá trazer mais vantagens não só em termos de intervenção direta, mas também de rentabilização de recursos, ou seja haver um técnico responsável, um mediador de casos, e que seja a pessoa responsável direta por essa família, para que essa família não tenha que conhecer cinquenta técnicos diferentes, mas trabalhar sempre com todos os outros técnicos de retaguarda, ou seja não ser o responsável, como a própria palavra o diz, pela família, mas ser a pessoa que trabalha diretamente com a família mas com os outros técnicos todos a ajudá-lo de retaguarda, ou seja toda a equipa é responsável por aquela família e todos têm que assumir alguma postura e lançar ou partilhar algumas estratégias de atuação para resolver melhor as problemáticas das famílias e das crianças. Quando digo equipa transdisciplinar, não digo só em relação aos elementos da própria equipa, esta equipa se vai atuar com a população do 6 de Maio, ou eventualmente com outra população aqui à volta, neste espaço geográfico, deverá estar sempre em articulação com outros serviços, o responsável de caso não poderá esquecer que as pessoas têm as consultas no centro de saúde ou no hospital, e por isso a equipa deverá articular sempre com estes serviços, para cada um dos casos que têm, isso seria o ideal, porque tem muito mais resultados no trabalho e um impacto muito mais positivo.

#### **5. Quais as parcerias possíveis com outros serviços para que o resultado do trabalho seja bem sucedido? Como poderiam ser feitas parcerias?**

Pelo aquilo que sei é obrigatória para a constituição de cada equipa, ter um protocolo assinado pela equipa do SNIPI, havendo um compromisso a nível social que pode ser esta IPSS, tem que haver um compromisso da saúde e da educação, ou seja têm que existir educadores do Ministério de Educação, tem que haver alguns técnicos, como terapeutas da fala que são colocados pela segurança social e a nível da saúde a colocação de alguns técnicos nomeadamente enfermeiros. Portanto tem que haver uma parceria com alguém representante da saúde, que pode ser o Centro de saúde que faz mais sentido aqui, em vez do hospital que acaba por ser muito abrangente e perdem-se

os contactos, com o agrupamento de escolas desta zona e com o Centro Social. E creio que esta parceria terá que ser assegurada para o acordo ser assinado. Para além destas terá que haver outras parcerias, que considero importantes, portanto tudo o que seja instituições desta zona que trabalhem as famílias e as crianças desta faixa etária, acho que deveriam ser parceiros desta equipa para não haver sobreposições de papéis e para todos saberem com que é que podem contar com cada um, porque se esta equipa tiver poucos técnicos, mas se houver um técnico de uma outra instituição que até desenvolve um bom trabalho, então esse técnico é o gestor de caso, digamos assim, e passamos nós a trabalhar de retaguarda.

**6. Quais as funções que gostaria de assumir na constituição da equipa?**

Gostaria de ser psicóloga nesta equipa de intervenção. Dispensaria qualquer caso de coordenação. Gostaria de trabalhar pura e simplesmente como psicóloga na equipa, com algumas famílias em termos diretos mas trabalhar também muito na retaguarda de outros casos em que não seja tão necessário uma prevenção mais direta. Só em última instância querer ser coordenadora, ter reuniões e articulações com outros serviços.

### Anexo 3 – Guião da Entrevista às Equipas e exemplo de uma entrevista

Blocos Temáticos	Objetivos	Formulários e questões	Observações
I. Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Legitimar a entrevista e motivar o entrevistado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar sobre os temas e objetivos</li> <li>- Solicitar a colaboração do entrevistado, assegurando o anonimato das informações e opiniões</li> <li>- Pedir autorização para gravar a entrevista</li> </ul>	<p>É feita uma caracterização à parte: Idade, Grau Académico, Categoria Profissional, Tempo de Serviço, Função Actual...</p>
II. Processo/etapas para constituir uma Equipa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer o historial da equipa</li> <li>- Determinar as razões que levaram à constituição desta equipa</li> <li>- Captar todas as etapas pelas quais a equipa atravessou</li> <li>- Identificar os objetivos da equipa</li> <li>- Identificar obstáculos que possam surgir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Breve história*</li> <li>- Quais as razões principais para a constituição desta equipa?</li> <li>- Quais os processos que foram necessários para a constituição da equipa?</li> <li>- Quantos técnicos trabalham na Equipa e qual a sua função?</li> <li>- Quais os principais objetivos da Equipa?</li> <li>- Quais os obstáculos mais comuns com que a Equipa se depara?</li> </ul>	<p>*Se existirem documentos, não perguntar</p>

<p>III. Desenvolvimento das práticas</p>	<p>- Conhecer o modelo pelo qual a equipa segue as suas linhas orientadoras</p> <p>- Averiguar todas as articulações exteriores à equipa</p>	<p>- Qual o modelo que a equipa adotou para efetivar as suas práticas?</p> <p>- Como se organizam?</p> <p>- Qual o grau de participação das famílias?</p> <p>- Como envolvem a comunidade?</p> <p>- Qual a articulação com outros serviços (segurança social, centro de saúde, escola)?</p>	
<p>IV. Finalização e Validação da entrevista</p>	<p>- Finalizar a entrevista agradecendo e valorizando a colaboração do entrevistado</p>	<p>1. Gostaria de agradecer a sua disponibilidade e colaboração</p> <p>2. De certo que a sua colaboração irá ter um enorme valor no sucesso deste trabalho</p>	

### **ÂNCORA – Equipa de Intervenção Precoce de Angra do Heroísmo**

#### História

A nossa história teve início quando eu e duas colegas decidimos fazer uma pós-graduação e uma especialização em Intervenção Precoce (IP). Uma vez que não havia nenhuma equipa de IP no nosso concelho decidimos elaborar um projeto que denominámos “Âncora” (projeto que assenta em 3 pilares: a) família/comunidade; b) cuidados primários – Centro de Saúde e c) cuidados diferenciados – Hospital)

cumprindo as diretrizes da legislação em vigor a nível regional (Decreto Regulamentar Regional nº 17/2002/A de 10 de Julho). Apresentámos a nossa proposta ao Diretor do Centro de Saúde de Angra do Heroísmo em Novembro de 2005, a nossa equipa foi formada em Junho de 2006 e, a 28 de Setembro do mesmo ano foi aprovada a sua formalização.

Apostámos inicialmente na formação em IP dos elementos da equipa e dos profissionais que iriam cooperar diretamente com a mesma. Deste modo organizamos algumas formações e workshops com formadores externos e especialistas na área.

A partir daqui fizemos um panfleto, um blogue e elaborámos uma apresentação em powerpoint para divulgarmos e darmos a conhecer aos profissionais da Saúde, Educação, Ação Social e comunidade em geral os pressupostos da IP, a nossa equipa e o nosso projeto também.

Uma vez que se tratava de um projeto piloto decidimos que nos primeiros dois anos iríamos apoiar apenas crianças prematuras com peso até 1500 g. Após estes dois anos abrimos o leque abrangendo todas as crianças sinalizadas que cumpriam os requisitos no âmbito dos critérios de elegibilidade do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância.

### **1.Quais as razões principais para a constituição desta equipa?**

Uma das razões principais foi o facto de ainda não haver nenhuma equipa de Intervenção Precoce no concelho de Angra do Heroísmo, mesmo já havendo legislação em vigor obrigando a essa decisão.

As restantes razões prenderam-se com a falta de técnicos que acompanhassem casos que correspondiam aos critérios de elegibilidade da IP. No nosso concelho existiam muitas crianças que eram sinalizadas e encaminhadas muito tardiamente, principalmente na primeira infância. Era necessário abranger prioritariamente esta faixa etária uma vez que além de ser a mais penalizada em termos de apoio era também considerada menos prioritária, agravando-se se a criança frequentasse um colégio particular.

O facto do atendimento/intervenção ser muitas vezes centrado na criança e não na família e do papel desta ser pouco reconhecido entre os técnicos. Pais e profissionais devem ser vistos como parceiros assumindo um compromisso em comum: o de promover o desenvolvimento e bem-estar da criança. Daí também a nossa necessidade e vontade em desenvolver políticas centradas no apoio familiar, numa perspetiva mais sistémica.

## **2.Quais os processos que foram necessários para a constituição da equipa?**

A legislação regional é diferente da nacional, isto é, a legislação regional obriga a que a coordenação das equipas de IP seja da tutela dos Centros de Saúde, enquanto na legislação nacional a formação de equipas de IP pode ser feita e coordenada por qualquer instituição ou outro grupo/estrutura se assim o desejarem. Assim, como éramos as únicas com formação especializada nesta área, tivemos que fazer a proposta ao Diretor do Centro de Saúde de Angra do Heroísmo (o concelho onde residíamos) acompanhada já de um projeto contendo, não só teoria sobre IP como também questões práticas como objetivos, nº de técnicos que eram necessários, metodologia adotada na intervenção, avaliação, entre outros aspetos considerados relevantes para a formação da equipa.

Depois da proposta ser aprovada constituiu-se a equipa: os técnicos que eram precisos e que faziam parte do quadro dos funcionários do Centro de Saúde foram convidados a integrar a equipa (e.g., psicóloga, enfermeira, assistente social e médico de família). Os restantes vieram de outras instituições: uma educadora do Serviço de Pediatria do Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, uma educadora do Ensino Especial, um fisioterapeuta do ensino regular e especial e uma enfermeira da Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo.

Depois de constituída a equipa foi necessário investir na formação dos técnicos na área da IP uma vez que não sabiam nada ou sabiam muito pouco sobre esta temática. A partir daqui começou-se a divulgação e a tentativa de fazer protocolos de cooperação ou parceria com o objetivo de trabalhar em rede e minimizar recursos. Era necessário porque não tínhamos na equipa nenhum elemento a tempo inteiro dedicado à IP.

Até ao momento só conseguimos um protocolo de colaboração com a Câmara Municipal de Angra do Heroísmo. Já reunimos com outros parceiros (e.g., Serviço de Ação Social, Secretaria Regional da Educação e Formação, Universidade dos Açores, Secretaria da Saúde, Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira) que se mostraram muito receptivos mas cujos protocolos nunca foram formalizados, até ao momento.

### **3. Quantos técnicos trabalham na equipa e qual a sua função?**

Neste momento temos 8 técnicos: 3 enfermeiras; uma educadora, uma psicóloga, uma assistente social, um fisioterapeuta e uma médica de clínica geral.

Uma das enfermeiras especialistas do Centro de Saúde é que ficou como coordenadora da equipa.

Todos os técnicos fazem visitas domiciliárias, quando necessário. No entanto as avaliações do desenvolvimento e a intervenção no terreno com as crianças e famílias é feita essencialmente pela educadora e enfermeiras, e, às vezes, pelo fisioterapeuta também.

### **4. Quia os objetivos da equipa?**

- a) Fomentar condições facilitadoras do desenvolvimento global da criança que se encontra em risco ou com deficiência, de forma a prevenir e minimizar atrasos do desenvolvimento e eventuais sequelas.
- b) Potenciar as condições de interação criança/família através de informação, reforço e participação das capacidades e competências parentais, nomeadamente, na identificação e utilização dos próprios recursos e da comunidade dotando-os de autonomia decisiva.
- c) Envolver a comunidade no processo de intervenção de modo articulado e contínuo.
- d) Promover a formação específica na área de Intervenção Precoce tanto ao nível da equipa como dos outros parceiros da comunidade.
- e) Promover a transdisciplinaridade na equipa.

## **5. Quais os obstáculos mais comuns com que a equipa se depara?**

1. Disparidade de horário dos técnicos, que contribui, muitas vezes, para uma atuação menos agregada.
2. Dificuldade na capacidade de substituição dos técnicos entre si em períodos de ausência.
3. Inexistência de um técnico em horário completo.
4. O crescente aumento da exigência em relação ao Projeto Âncora implica o risco da sobrecarga dos técnicos atuais, com conseqüente deterioração da qualidade de resposta.
5. Demora nas respostas aos nossos pedidos.
6. Dificuldade em muitas vezes obtermos colaboração de outros profissionais fora da nossa equipa.

## **6. Qual o modelo que a equipa adotou para efetivar as suas práticas?**

Modelo transacional (Sameroff & Fiese, 1991) e Modelo Bio Ecológico (Bronfenbrenner, 1979). Pretendemos sobretudo dotar os pais das ferramentas necessárias para que se tornem capazes e competentes na intervenção com os filhos, usando para isso as redes de apoio sociais existentes na comunidade. É necessário ajudar os pais a enfrentarem as exigências do seu papel parental, a lidarem com os problemas e stress que muitas situações causam, e a saberem recorrer a apoios que as restantes estruturas da comunidade podem oferecer. Só assim é que se pode constatar a eficácia dos programas de IP.

## **7. Como se organizam?**

O nosso trabalho é composto por diferentes fases de intervenção, nomeadamente, a sinalização do caso; estabelecimento da relação da família-técnicos; avaliação da criança/família; intervenção em contexto e serviço de IP; avaliação da progressão do caso e avaliação da equipa (coordenação e comunicação entre técnicos, funcionamento, respostas à criança e à família).

Fazemos reuniões semanais para discussão e distribuição dos casos, e outros assuntos que sejam necessários discutir.

Para cada criança existe um responsável de caso que intervém e que serve de elo de ligação com os restantes elementos da equipa. Somos uma equipa multidisciplinar que trabalha de modo transdisciplinar, o que nos tem permitido um melhor aproveitamento dos nossos recursos.

Dependendo de cada caso, de modo quinzenal ou mensal, reunimos para reavaliar cada caso, quando necessário. Posteriormente fazemos o mesmo com a família para troca de ideias, opiniões e acertos ao PIAF se se justificar.

### **8.Qual o grau de participação das famílias?**

As famílias participam desde o primeiro momento, isto é, desde o primeiro contacto. São e sempre serão participantes ativos no processo, havendo sempre concordância nas decisões relativas à intervenção com a criança, desde a planificação à implementação de programas. A participação dos pais é extremamente importante para que todos trabalhem em uníssono e para que a intervenção resulte e seja eficaz.

Achamos que o nosso trabalho interventivo alargado a uma perspetiva sistémica e ecológica faz toda a diferença. A família é o pilar principal do ambiente onde a criança vive e se desenvolve. Todas as alterações ou mudanças ocorridas em um ou mais elementos podem afetar os restantes no ciclo de vida familiar. Quando os pais se sentem apoiados, quando são capazes de responder às necessidades da família e de vê-la como um todo, sentem-se mais competentes e conseguem gerir melhor os seus recursos no sentido de contribuir para uma intervenção mais eficaz e positiva.

### **9.Como envolvem a comunidade?**

A comunidade onde vive a criança e família é sempre envolvida quando necessitamos de encontrar pessoas que possam ajudar a integrar a criança (e.g. na creche) que possam conhecer a situação e, de algum modo, dar apoio.

Sempre que iniciamos um apoio/intervenção verificamos a constituição das redes sociais da criança e da família. Muitas vezes são casos sociais que vivem numa casa mas que não se relacionam com os vizinhos, pessoas próximas ou mesmo família alargada. Quando isso acontece tentamos que haja uma aproximação entre a família e a restante comunidade ajudando a família a valorizar essas relações como algo de bom, que pode ajudá-la a ultrapassar vários problemas e dificuldades. Por outro lado também envolvemos a comunidade nestas situações explicando o porquê das mesmas e conversando sobre a melhor maneira de ajudar e de fazer com que a criança e a família se sintam integradas no contexto onde vivem.

Outro modo de envolver a comunidade é através da formação, isto é, muitas das formações que promovemos são abertas à comunidade e a outros profissionais interessados na IP para que haja troca de experiências e opiniões, que possam, de algum modo, contribuir para um melhor trabalho em rede.

#### **10.Qual a articulação com outros serviços e parceiros (segurança social, centro de saúde, escola)**

Uma vez que a nossa equipa está inserida no Centro de Saúde da área esta articulação é feita naturalmente. A Assistente Social faz parte do quadro do pessoal do Centro de Saúde e está na equipa desde o início. É ela que faz a ponte entre a equipa e a Serviço de Ação Social sempre que necessário.

A articulação com a creche / pré / escola é feita, normalmente, pelo responsável do caso em todas as situações, isto é, quando a criança já está integrada na área educativa fazemos a ponte no sentido de trocarmos informações e de ajudarmos e/ou orientarmos. Quando a criança ainda não está integrada e achamos (técnicos e família) que é necessário fazê-lo contactamos o sistema de ensino da área de residência da criança e iniciamos o trabalho em rede.





**Anexo 4 –Exemplo**

***PROTOCOLO DE CONSTITUIÇÃO DE  
EQUIPAS LOCAIS DE INTERVENÇÃO, NO ÂMBITO DO  
SISTEMA NACIONAL DE INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA***

O Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), criado pelo Decreto-lei n.º 281/2009, de 6 de Outubro, assenta na universalidade do acesso, na responsabilização dos técnicos e dos organismos públicos e na correspondente capacidade de resposta.

Neste Sistema são instituídos três níveis de processos de acompanhamento e avaliação do desenvolvimento da criança e da adequação do plano individual para cada criança, ou seja, o nível local das equipas multidisciplinares com base em parcerias institucionais, o nível regional de coordenação e o nível nacional de articulação de todo o sistema.

Para se atingir este objectivo, o SNIPI é desenvolvido através da actuação coordenada dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, Ministério da Saúde e Ministério da Educação, com envolvimento das famílias e da comunidade.

Assim, entre as partes a seguir identificadas<sup>5</sup>:

**PRIMEIRO OUTORGANTE:** Instituto de Segurança Social, IP/ ....., pessoa colectiva n.º ....., sito em ....., representado pelo ..... (cargo), (Nome) ....., adiante designado por ISS, IP./ .....

<sup>5</sup> Podem ser acrescentados outorgantes em número igual ao das entidades/parceiros que integrem a ELI



**SEGUNDO OUTORGANTE:** ..... (*Designação do Organismo*),  
sito em ....., representado pelo seu Director,  
(*Nome*) ....., adiante designado por ...;

E

**TERCEIRO OUTORGANTE:** ..... (*Designação da Organismo*),  
pessoa colectiva n.º ....., sito em ....., representada  
por ..... (*Cargo*), ..... (*Nome*), adiante designado  
por .....

É celebrado o presente protocolo de constituição de equipas locais de intervenção, de harmonia com as orientações aprovadas pelo Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 de Outubro, que se rege pelas seguintes cláusulas:

### **Cláusula I**

#### **(Finalidade)**

1. O presente protocolo visa a criação de Equipas Locais de Intervenção (ELI's) que constituem o nível local da intervenção do SNIPI, de acordo com o referido no artigo 7º, do Decreto-Lei 281/2009, de 6 de Outubro;
2. AS ELI's têm como objectivo o desenvolvimento das seguintes acções:
  - a) Assegurar às crianças a protecção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades, através da Intervenção Precoce na Infância;
  - b) Promover a detecção e sinalização de crianças com risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo ou risco grave de atraso de desenvolvimento;



- c) Adequar o previsto na alínea anterior, em função das necessidades do contexto familiar de cada criança, com vista a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento;
- d) Apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas da segurança social, da saúde e da educação;
- e) Envolver a comunidade no processo de intervenção.

## **Cláusula II**

### **(Objecto)**

Constitui-se objecto do presente protocolo a constituição da ELI ....., bem como a definição dos termos e condições em que a mesma desenvolverá as acções de acompanhamento e apoio integrado no âmbito da intervenção precoce a crianças entre os 0 e os 6 anos de idade.

## **Cláusula III**

### **(Acções a desenvolver)**

As acções de acompanhamento e apoio a crianças entre os 0 e os 6 anos de idade compreendem:

- a) Identificar as crianças e famílias elegíveis para o SNIPI;
- b) Assegurar a vigilância às crianças e famílias que, embora não imediatamente elegíveis para o SNIPI, requerem avaliação periódica, devido à natureza dos seus factores de risco e probabilidade de evolução;



- c) Encaminhar crianças e famílias não elegíveis, mas carenciadas de apoio social;
- d) Organizar um processo individual por criança, de onde conste, nomeadamente:
  - i) Caracterização da criança;
  - ii) Data do início da intervenção;
  - iii) Ficha de acompanhamento/apoio;
  - iv) Registo das visitas domiciliárias efectuadas;
  - v) Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP);
  - vi) Avaliação do PIIP.
- e) Elaborar e executar o plano individual de intervenção precoce, em função do diagnóstico da situação;
- f) Identificar necessidades e recursos das comunidades da sua área de intervenção, dinamizando redes de apoio social;
- g) Articular, sempre que se justifique, com as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens e com os núcleos de saúde de crianças e jovens em risco ou outras entidades da área da protecção infantil;
- h) Assegurar, para cada criança, processos de transição adequados para outros programas, serviços ou contextos educativos;
- i) Articular com os educadores das creches e jardins-de-infância em que se encontram colocadas as crianças integradas em IPI; e
- j) Desenvolver trabalho de prevenção do risco, junto das creches e jardins de infância, nomeadamente através de dinamização de acções de sensibilização de pais e qualificação de pessoal das Instituições.



**Cláusula IV**

**(Local de funcionamento)**

A ELI de ..... desenvolve as actividades acima mencionadas, no .....(Local), sito na (Morada) ..... , freguesia de ..... , concelho de ..... , distrito .....<sup>6</sup>

**Cláusula V**

**(Horário de funcionamento)**

A ELI desenvolverá as acções acima elencadas das .....horas

**Cláusula VI**

**(Âmbito Geográfico)**

O âmbito territorial de intervenção da ELI é .....

**Cláusula VII**

**(Compromissos dos representantes nas ELI's)**

1- O(s) representante(s) das ELI's comprometem-se a:

- a) Desenvolver as acções previstas na cláusula III do presente protocolo;
- b) Participação em reuniões de equipa;
- c) Utilizar os suportes de informação normalizados pela Comissão Coordenadora no âmbito do SNIPI;
- d) Colaborar no Plano Anual de Actividades da ELI;

<sup>2</sup> Seleccionar consoante a situação em concreto: centros de saúde, instalações atribuídas pela comissão de coordenação regional de educação respectiva ou IPSS convencionadas para o efeito



e) Assegurar o funcionamento da ELI de acordo com o horário definindo na cláusula V.

2- O Centro de Saúde.....ou pela comissão de coordenação regional de Educação ou o Centro Distrital de Segurança Social de.....através do acordo de cooperação celebrando com..... disponibiliza a utilização de instalações e respectivo apoio logístico à ELI

## **CLÁUSULA VIII**

### **(Anexo ao Protocolo)**

Constam em anexo ao presente protocolo e dele fazem parte integrante, entre outros, os seguintes elementos:

- a) O número de crianças a abranger;
- b) Os recursos humanos afectos ao desenvolvimento das acções referidas na cláusula III;

## **Cláusula IX**

### **(Disposições Transitórias)**

1. Por acordo das partes poderão introduzir-se novas cláusulas e/ou alterações às já existentes, mediante a outorga de Adendas adicionais ao presente protocolo.
2. Em tudo não especialmente previsto e nos casos omissos, aplicam-se as disposições constantes no Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 de Outubro e demais normativos regulamentadores em vigor aplicáveis.

## **Cláusula X**

### **(Vigência)**

O presente protocolo produz efeitos à data da sua assinatura.



## Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

O presente protocolo de cooperação é celebrado aos ..... dias, do mês de ..... de Dois mil e Onze, encontrando-se redigido em ..... páginas, e dele foram feitos \_\_\_\_\_<sup>7</sup> exemplares, que vão ser assinados pelos outorgantes, ficando um exemplar em poder de cada um dos mesmos.

(Local) ..... (Data) .../.../.....

O Centro Distrital de ..... do Instituto da Segurança Social, IP

.....

O Representante do Ministério da Saúde,

.....

O Representante do Ministério da Educação,

.....

Outras Entidades,

.....

---

<sup>7</sup> Deverão ser efectuados tantos exemplares consoante o nº de entidades outorgantes do Protocolo



**ANEXO AO PROTOCOLO DE CONSTITUIÇÃO DA ELI DE..... CELEBRADO  
EM .../.../.....**

**Cláusula I**

**(Serviço)**

As actividades respeitantes ao presente protocolo integram o desenvolvimento de acções no âmbito da intervenção precoce na Infância.

**Cláusula II**

**(Número de Crianças Abrangidas)**

O número de crianças abrangidas pelo presente protocolo é de .....

**Cláusula III**

**(Recursos Humanos)**

Os recursos humanos representantes dos outorgantes afectos ao desenvolvimento das acções objecto do presente protocolo são os seguintes:



## Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

Nome	Categoria Profissional	Entidade <sup>8</sup>	Percentagem de Afecção de Tempo	Observações

(Local) ..... (Data) .... /.... /.....

O Centro Distrital de ..... do Instituto da Segurança Social, IP

.....

O Representante do Ministério da Saúde,

.....

O Representante do Ministério da Educação,

.....

Outras Entidades,

.....

<sup>8</sup> Identificar Centro de Saúde, Agrupamento de Escolas de Referência, Instituição de Segurança Social de referência e outras Entidades que outorguem o presente protocolo

Morada Morada Morada Morada Morada Morada Morada Morada Morada Morada Morada Morada Morada Morada

Fax e Email Telefone Fax e Email

Telefone Fax e Email



## Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

Pág. 150/148

---

**Morada Morada Morada Morada Morada Morada Morada Morada Morada Morada Morada Morada Morada**

**Fax e Email Telefone Fax e Email**

**Telefone Fax e Email**

---

Av. Afonso Costa, 6/8 • 1949-020 LISBOA

Centro Contacto: 808 266 266 (n.º azul) • Fax: (+351) 272 240 900 • Estrangeiro: +351 272 345 313 • [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt)