

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em associação com a **Escola Superior de Tecnologia
da Saúde de Lisboa - IPL**

(Adequado ao Processo de Bolonha conforme Registo na DGES nº. R/B-AD-917/2007)

Área de especialização

Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

Modelo de Avaliação do Programa Comunitário de Intervenção Precoce da CERCÍ Lisboa

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Ana Rita Carujo Saramago

Aluno Nº 4742

Orientador:

Prof.(a) Doutora Maria da Saudade Rodrigues Colaço Baltazar

Évora

5 de Julho de 2011

Dedicatória

Dedico este trabalho a todos os que me acompanharam neste percurso e que de diferentes formas contribuíram para a concretização deste processo.

Resumo

A existência de Programas de Intervenção Precoce na Infância (IPI) que respondam às necessidades individuais e respeitem a diversidade, beneficiam todas as crianças e contribuem para lançar os alicerces de uma sociedade inclusiva.

A dificuldade da avaliação dos programas de intervenção precoce prende-se essencialmente com a especificidade da intervenção, individualizada - metodologia caso a caso e simultaneamente abrangente - criança, família e comunidade, pela diversidade de profissionais provenientes de diferentes áreas de formação inicial e com diferentes graus de formação em IPI e pela diversidade dos beneficiários e parceiros.

Determinado pelo objectivo do trabalho, contribuir para a definição de um modelo de avaliação do Programa Comunitário de Intervenção Precoce (PCIP) e de acordo com a revisão bibliográfica efectuada e com as orientações teóricas encontradas sobre a avaliação de processo em programas de intervenção comunitária, optou-se por um estudo analítico-descritivo, intensivo e cujo modelo analítico foi sendo construindo numa perspectiva qualitativa, ao longo do seu desenvolvimento, no sentido de uma avaliação de processo.

Foi assim possível recolher informação sobre as várias dimensões de actuação do PCIP, a CERC Lisboa, os parceiros formais, os financiadores, os beneficiários e os colaboradores, com vista a atingir o objectivo primeiro deste trabalho, a criação de um modelo de avaliação do PCIP, o que se concretizou na criação de uma Matriz de Avaliação de Processo do PCIP.

Pretende-se que este modelo de avaliação do PCIP, na linha da metodologia participativa de projecto seja um modo de permitir adequar e melhorar as práticas no âmbito da Intervenção Precoce do PCIP.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação de Processo; Intervenção Precoce na Infância; CERC Lisboa – PCIP

Title: Evaluation Model for Programa Comunitário de Intervenção Precoce da CERC Lisboa

Abstract

The existence of Early Childhood Intervention (ECI) Programs that can address the individual needs and respect diversity, benefit all children and contribute to the foundations of an inclusive society.

The difficulty of the evaluation of ECI programs is mainly linked with the specificity of the intervention, individualized - a case by case methodology and simultaneously comprehensive - child, family and community, the diversity of professionals from different areas of training and with different degrees in ECI training and the diversity of beneficiaries and partners.

Determined by the main goal of this work, contribute to define an evaluation model for PCIP and according to the conducted literature review and with the found theoretical guidelines for process evaluation in community intervention programs, we chose an analytical-descriptive, intensive study, which analytical model was built from a qualitative perspective throughout its development, towards a process evaluation.

It was thus possible to collect information on the various dimensions of PCIP's action, CERC Lisboa, the formal partners, the funders, the beneficiaries and professionals, to achieve the primary goal of this work, create a model to evaluate PCIP, which has resulted in the creation of a PCIP's Process Evaluation Matrix.

We intend by creating this evaluation model, which is aligned with project participatory methodology, to allow adjusting and improving the ECI practices within PCIP.

KEYWORDS: Process Evaluation; Early Childhood intervention; CERC Lisboa - PCIP

Índice Geral

Dedicatória	2
Resumo.....	3
Abstract	4
Índice Geral.....	5
Índice de Tabelas	7
Índice de Figuras	8
Índice de Gráficos	9
Lista de Abreviaturas e Siglas	11
1. Introdução	12
2. Metodologia.....	15
2.1. Técnicas de Recolha de Dados	20
3. Enquadramento teórico	27
3.1. Planeamento e Avaliação de Projectos	27
3.1.1. Importância do Planeamento como metodologia de intervenção.....	27
3.1.2. A Avaliação enquanto etapa do processo de planeamento.....	30
3.1.3. A Avaliação de Processo.....	37
3.1.4. A avaliação na Intervenção Precoce na Infância	40
3.2. Intervenção Precoce na Infância	44
3.2.1. Modelos teóricos da IPI.....	58
3.2.2. História da IPI	63
3.2.2.1. Aparecimento e evolução da IPI	63
3.2.2.2. Enquadramento na UE	68
3.2.2.3. Enquadramento em Portugal	72
3.2.3. Processos-Chave da IPI.....	82
3.2.4. A Equipa da IPI.....	84
3.3. Organizações do terceiro sector	86
3.4. CERC Lisboa	95
3.5. PCIP	99
3.5.1. Projecto inicial do PCIP	99
3.5.2. Objectivos iniciais do PCIP.....	99
3.5.3. Avaliação prevista no projecto inicial do PCIP.....	103
4. Avaliação de processo do PCIP	104
4.1. Dimensões.....	104
4.2. Avaliação de processo do PCIP.....	105

4.2.1. Caracterização do PCIP	105
4.2.2. Sinalização	112
4.2.3. Avaliação da Admissibilidade	115
4.2.4. Avaliação da Criança	116
4.2.5. Elaboração do PIIP	119
4.2.6. Intervenção Directa com a Criança e com a Família	122
4.2.7. Reavaliação da Criança	135
4.2.8. Encaminhamento.....	138
4.2.9. Alta.....	141
5. Contributo para a criação de um modelo de avaliação do PCIP	142
6. Conclusões e Recomendações	151
Bibliografia.....	153

Índice de Tabelas

Tabela 1: Dimensões da escala ESFIP	22
Tabela 2: Grelha analítica de construção do guião da entrevista semi-estruturada	25
Tabela 3: Matriz da Avaliação de Processo	39
Tabela 4: Formulário Avaliação Processo	43
Tabela 5: Constituição da equipa do PCIP/Financiamento	108

Índice de Figuras

Figura 1: Modelo em triângulo da IPI	55
Figura 2: Enquadramento conceptual do sistema familiar	61
Figura 3: Modelo Ecológico de Desenvolvimento de Bronfenbrenner	62
Figura 4: Organização da IPI – Despacho conjunto 891/99	76
Figura 5: Organização do SNIPI – Decreto Lei 281/09	80

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Número de crianças/famílias apoiadas	105
Gráfico 2: Crianças apoiadas por género	106
Gráfico 3: Crianças apoiadas por domínios da Classificação Internacional de Funcionalidade – Crianças e Jovens	106
Gráfico 4: Crianças apoiadas por idade	107
Gráfico 5: Oportunidades de contacto com outros pais – Famílias	111
Gráfico 6: Oportunidades de contacto com outros pais – Técnicos	111
Gráfico 7: Ajuda do contacto com outros pais	111
Gráfico 8: Possibilidades de actividades em grupo para os pais – Famílias	111
Gráfico 9: Possibilidades de actividades em grupo para os pais – Técnicos	111
Gráfico 10: Conhecimento do serviço – Famílias	113
Gráfico 11: Conhecimento do serviço – Técnicos	113
Gráfico 12: Facilidade de recorrência ao serviço – Famílias	114
Gráfico 13: Facilidade de recorrência ao serviço – Técnicos	114
Gráfico 14: Relatórios e avaliações – Famílias	118
Gráfico 15: Relatórios e avaliações – Técnicos	118
Gráfico 16: Visão global da criança – Famílias	118
Gráfico 17: Visão global da criança – Técnicos	118
Gráfico 18: Envolvimento na avaliação – Famílias	119
Gráfico 19: Destaque capacidades criança na avaliação – Famílias	121
Gráfico 20: Destaque capacidades criança na avaliação – Técnicos	121
Gráfico 21: Casos com mais que 1 apoio de técnicos do PCIP e com apoios externos .	122
Gráfico 22: Número de técnicos – Famílias	123
Gráfico 23: Número de técnicos – Técnicos	123
Gráfico 24: Não rotatividade técnicos – Famílias	123

Gráfico 25: Locais de realização de apoio do PCIP	124
Gráfico 26: Qualidade do apoio – Famílias	126
Gráfico 27: Qualidade do apoio – Técnicos	126
Gráfico 28: Apoio adaptado necessidades criança – Famílias	126
Gráfico 29: Apoio adaptado necessidades criança – Técnicos	126
Gráfico 30: Confiança competência técnicos – Famílias	126
Gráfico 31: Confiança competência técnicos – Técnicos	126
Gráfico 32: Ajuda equipa planeamento trabalho com criança – Famílias	128
Gráfico 33: Ajuda registos escritos – Famílias	128
Gráfico 34: Ajuda informação tipos apoios – Famílias	129
Gráfico 35: Ajuda informação tipos apoios – Técnicos	129
Gráfico 36: Comunicação/Cooperação PCIP/outras instituições – Famílias	134
Gráfico 37: Comunicação/Cooperação PCIP/outras instituições – Técnicos	134
Gráfico 38: Envolvimento serviços comunidade – Famílias	134
Gráfico 39: Envolvimento serviços comunidade – Técnicos	134
Gráfico 40: Apoio integração – Famílias	135
Gráfico 41: Apoio integração – Técnicos	135
Gráfico 42: Opiniões famílias relevantes avaliações – Famílias	137
Gráfico 43: Opiniões famílias relevantes avaliações – Técnicos	137
Gráfico 44: Transição casos saídos PCIP	138

Lista de Abreviaturas e Siglas

ALEFPA - *Association Laïque pour l'Éducation, la Formation, la Prévention et l'Autonomie*

CEACF – Centro de Estudos e Apoio à Criança e à Família

CERCÍ – Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados

DSOIP – Direcção de Serviços e Orientação Psicológica

ECAE – Equipa de Coordenação dos Apoios Educativos

EID – Equipa de Intervenção Directa

ELI – Equipa Local de Intervenção

EPASSEI - *European Parental Satisfaction Scale About Early Intervention*

EQUASS - *European Quality in Social Services*

ESFIP - Escala de Satisfação das Famílias em Intervenção Precoce

HELIOS - *Handicapped people in the European community Living Independently in an Open Society*

IEFP – Instituto do Emprego e Formação Profissional

IPI – Intervenção Precoce na Infância

IPSS – Instituição Privada de Solidariedade Social

ISS – Instituto de Segurança Social

PAIPDI - Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade

PEI – Plano Educativo Individual

PCIP – Programa Comunitário de Intervenção Precoce

PIIP – Plano Individual de Intervenção Precoce

PIPI – Programa de Intervenção Precoce na Infância

SNIPÍ – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

UE – União Europeia

1. Introdução

O desenvolvimento infantil é um processo dinâmico e complexo, que vai determinar as capacidades e competências de cada criança na sua vida adulta. Os primeiros anos de vida oferecem uma oportunidade única para a promoção deste desenvolvimento, já que 80% das capacidades do cérebro se desenvolvem antes dos 3 anos de idade. As vivências da criança nestes primeiros anos de vida são os alicerces da sua vida futura, já que o desenvolvimento infantil – físico, emocional, social, cognitivo e da linguagem influenciam fortemente a saúde, a aprendizagem, o sucesso escolar e a participação activa enquanto cidadão.

A existência de adequadas prestação de cuidados, estimulação, apoio para os pais e o acesso a serviços relevantes potencializa este desenvolvimento. Contextos de vida estimulantes e afectuosos na 1ª infância são a melhor receita para garantir um desenvolvimento adequado e harmonioso da criança. Uma abordagem de acesso universal na política de educação e cuidados na primeira infância parece ser mais eficaz do que se esta for direccionada para determinados grupos, apesar do facto de que uma atenção especial deve ser dada a crianças vulneráveis. (UNESCO, 2007)

A existência de Programas de Intervenção Precoce na Infância (IPI) que respondam às necessidades individuais e respeitem a diversidade, beneficiam todas as crianças e contribuem para lançar os alicerces de uma sociedade inclusiva. Os ganhos são mais elevados para as crianças em situação de maior desvantagem e, da mesma forma, a negligência precoce nesta situação tem efeitos mais incapacitantes e mais duradouros no tempo. Mas para que estes programas sejam eficazes é necessário que a sociedade invista neles. De facto, a prestação de cuidados na primeira infância é uma das áreas prioritárias de acção para a Organização Mundial de Saúde – região Europa, como estratégia para atingir os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, proclamados pela Organização das Nações Unidas em 2000. Os governos podem e devem desempenhar um papel activo na garantia do acesso universal a toda uma gama de serviços promotores do desenvolvimento infantil.

Os serviços de saúde encontram-se numa posição privilegiada para fazer o despiste de situações de risco, que são potencialmente comprometedoras de um desenvolvimento adequado nos primeiros anos de vida, bem como da sinalização e encaminhamento de situações de deficiência comprovada, como forma de aumentar a actividade e a participação destas crianças nos contextos e actividades próprias para a sua faixa etária. É aqui que surge a necessidade de uma articulação com os serviços de educação e segurança social, a fim de assegurar uma intervenção atempada e alargada aos

contextos significativos da vida da criança. Esta é a filosofia de base da IPI, que fundamentada nos avanços das Neurociências e nos modelos Ecológico e Transaccional do desenvolvimento humano, procura através de uma intervenção atempada oferecer uma série de acções optimizadoras e compensadoras que facilitem a máxima potencialização das capacidades da criança em risco ou com atraso de desenvolvimento.

O factor crítico para a IPI é conseguir alcançar a compreensão do que é necessário para aumentar as probabilidades de atingir resultados positivos para o desenvolvimento adequado das crianças mais vulneráveis e determinar as estratégias com melhor relação custo/eficácia para atingir objectivos claramente definidos. O conhecimento científico em IPI é fortemente constrangido pela disponibilidade relativamente limitada de avaliações rigorosas destes programas, nomeadamente pelas falhas na documentação de relações causais entre as intervenções específicas e os resultados específicos e dos mecanismos de mudança. (Shonkoff e Phillips, 2000:10-11)

Pela sua própria natureza, a IPI requer abordagens individualizadas que devem ser adaptadas ao nível local. Assim, os resultados da pesquisa que pouco têm sido realizados em outros países, comunidades e populações não são facilmente generalizáveis. Como tal, os serviços têm um papel importante na ampliação da base de conhecimento através da geração e divulgação de provas do que funcionou ou não em vários contextos. (Wong, 2009)

A escolha de metas e medidas, a elaboração de programas, a implementação e manutenção de uma dinâmica de desenvolvimento, exigem a análise, a antecipação e o estabelecimento de sistemas de captação e mobilização de diferentes instituições, agências e grupos populacionais. É porque os conhecimentos e as práticas de avaliação se têm mostrado uma contribuição para esses processos que esta se tornou um componente essencial em muitas iniciativas de desenvolvimento socio-económico. A avaliação de acompanhamento deve ajudar a adequação da intervenção dos programas. (Comissão Europeia, 2008)

De acordo com Bairrão (2003), existe pouca tradição de avaliação de programas de IPI em Portugal e são "raros os programas de Intervenção Precoce que se têm preocupado em levar a cabo uma verdadeira avaliação das suas práticas." (Bairrão e Almeida, 2003:25) As informações que os projectos de intervenção comunitária recolhem para os órgãos de financiamento é muitas vezes insuficiente para abordar questões de interesse para a organização, que deve então elaborar e realizar a sua própria avaliação, como meio de melhor conhecer e adequar a sua prática. É o que se pretende no caso concreto deste trabalho que, sendo elaborado por um dos técnicos do Programa Comunitário de

Intervenção Precoce (PCIP) da CERCIS Lisboa, tem como enfoque principal o contributo para a criação de um modelo de avaliação deste programa, que incida nos processos da intervenção, já que assim serão identificadas as implicações e/ou recomendações para a sua melhoria. Pretende-se que assuma particular importância no contexto organizacional, já que a CERCIS Lisboa se encontra em fase de implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade, o EQUASS e seja assim uma mais-valia para esta iniciativa, concretamente para a resposta social da IPI.

Assim, o objectivo geral deste trabalho de projecto é contribuir para a definição de um modelo de avaliação do PCIP, a partir dos resultados obtidos na avaliação de processo do PCIP promovido pela CERCIS Lisboa.

Como objectivos específicos:

Avaliar o processo de intervenção do PCIP da CERCIS Lisboa, nomeadamente ao nível:

- Da população abrangida;
- Dos recursos utilizados na intervenção;
- Dos processos-chave da intervenção: Sinalização, Avaliação da Admissibilidade, Avaliação da Criança, Elaboração do Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP), Intervenção directa com a criança e a família (implementação do PIIP), Reavaliação da Criança e Encaminhamento/Alta;
- Das parceiras estabelecidas (formais e informais)
- Dos factores críticos de sucesso da intervenção do PCIP
- Apresentar os principais traços identificadores do grau de satisfação dos beneficiários e colaboradores do PCIP da CERCIS Lisboa

Este trabalho de projecto foi desenvolvido com base numa pesquisa bibliográfica sobre Planeamento e Avaliação do Projectos, Intervenção Precoce na Infância e as Organizações do Terceiro Sector como enquadramento da organização de acolhimento, a CERCIS Lisboa. Simultaneamente foi realizada uma recolha e análise documental da implementação do PCIP, tendo sido a respectiva utilização e divulgação autorizadas pela Direcção da CERCIS Lisboa. Estas pesquisa, recolha e consulta foram contínuas ao longo do trabalho, de acordo com as necessidades decorrentes das várias etapas da problematização e foi assim sendo definida a metodologia a utilizar e definida a sua estrutura. Optou-se por iniciar o trabalho com a Metodologia adoptada, já que esta é a linha orientadora do seu desenvolvimento. Seguidamente aparece o Enquadramento Teórico, onde se espelha a pesquisa bibliográfica sobre Planeamento e Avaliação do

Projectos, Intervenção Precoce na Infância, as Organizações do Terceiro Sector, a CERC Lisboa e o PCIP. Segue-se um capítulo da Avaliação de Processo do PCIP efectuada, avaliação esta baseada nas orientações teóricas referidas no Enquadramento Teórico, depois um capítulo reservado aos Contributos para a criação de um Modelo de Avaliação do PCIP, onde constam as propostas de definição de um modelo de avaliação deste programa, com base nos resultados da avaliação apresentada no capítulo anterior e, finalmente, um último capítulo com as Conclusões e Recomendações deste trabalho, no qual se realçam os principais resultados alcançados no decorrer desta investigação.

2. Metodologia

Para implementar e desenvolver um processo de avaliação devem pôr-se em prática um conjunto de teorias e mobilizar um conjunto de metodologias, traduzidas na aplicação de técnicas de recolha, sistematização e análise da informação, que implicam muitas vezes a construção de instrumentos específicos de acordo com o tipo de avaliação a realizar. (Capucha, Pegado e Saleiro, 2001) A lógica dominante por trás da escolha de métodos não é a suposta superioridade de um tipo de técnica ou de outra. A escolha entre essas estratégias deve, em última análise, depender das perguntas a que a avaliação está a tentar responder. Na realidade é a adequação ao objectivo da avaliação que vai determinar as opções metodológicas que devem responder a determinado tipo de questões e só devem ser escolhidas se responderem efectivamente a essas questões. (Comissão Europeia, 2008)

Todos os métodos e técnicas têm pontos fortes e pontos fracos e geralmente são utilizados em circunstâncias que não são as ideais para a sua aplicação. Para qualquer avaliação as técnicas deveriam ser escolhidas e aplicadas de forma a que se possam explorar as suas virtudes e reconhecer as suas limitações. A triangulação dos dados, ou seja, aplicar métodos e técnicas em combinação obtendo múltiplas perspectivas fortalece os resultados, já que se nos basearmos num único método ou técnica os resultados obtidos poderão tender a desvirtuar o objecto de estudo. Para o estudo da realidade social e dos seus processos de interacção a maioria dos chamados dados quantitativos são, de facto, relativamente insuficientes, já que estes processos implicam tanto elementos mensuráveis – quantitativos, como simbólicos – qualitativos. (Ortí, 1994) Os dados quantitativos são mais vantajosos de serem usados quando a agregação e a generalização são necessárias, enquanto que os dados qualitativos se tornam mais proveitosos quando a complexidade e os detalhes mais delicados da experiência precisam de ser descritos. (Comissão Europeia, 2008)

As vantagens da introdução das metodologias qualitativas nas pesquisas sociais são de várias ordens: "de ordem epistemológica, na medida em que os actores são considerados indispensáveis para entender os comportamentos sociais; de ordem ética e política, pois permitem aprofundar as contradições e os dilemas que atravessam a sociedade concreta; e de ordem metodológica, como instrumento privilegiado de análise das experiências e do sentido da acção." (Guerra, 2006:10) Segundo Izquierdo (2008), actualmente a grande maioria dos avaliadores reconhecem a validade e a relevância da avaliação qualitativa.

A combinação de abordagens quantitativas e qualitativas tem cada vez mais mérito reconhecido pelos avaliadores na resposta aos diferentes objectivos num mesmo processo avaliativo, de acordo com Capucha, Pegado e Saleiro (2001). Para Monteiro, em projectos de intervenção social deve dar-se o "privilégio da dimensão qualitativa, sem necessariamente descurar princípios de análise quantitativa." (Monteiro, 1996: 143) Na mesma linha, Neves afirma que ao combinar técnicas quantitativas e qualitativas torna-se a pesquisa mais forte e reduzem-se os problemas de se adoptar apenas uma delas. "Embora possamos contrastar os métodos quantitativos e qualitativos enquanto associados a diferentes visões da realidade, não podemos afirmar que se oponham ou que se excluam mutuamente como instrumentos de análise." (Neves, 1996:2)

A finalidade deste tipo de perspectiva é a de esbater a distinção entre métodos quantitativos e qualitativos em termos de dados. Esta distinção é mais forte em termos da intenção analítica, já que os pontos de vista e as opiniões podem ser únicos e qualitativos ou tipificados dentro de uma classificação mais ampla, mas os dados em bruto permanecem os mesmos. Em termos qualitativos, os dados podem ser comparados e, assim, eventualmente, analisados ao longo de várias dimensões. É uma questão de como os dados brutos são processados para fins de análise. (Comissão Europeia, 2008)

A dificuldade da avaliação dos programas de intervenção precoce prende-se essencialmente com a especificidade da intervenção, individualizada - metodologia caso a caso e simultaneamente abrangente - criança, família e comunidade, pela diversidade de profissionais provenientes de diferentes áreas de formação inicial e com diferentes graus de formação em IPI e pela diversidade dos beneficiários e parceiros, o que levanta questões de ordem metodológica. Odom et al (2005), citado por Tegethof (2007), propõe então que a investigação seja descritiva e orientada para os processos, recorrendo a métodos qualitativos ou a metodologias mistas, já que proporcionam um conjunto de informação complementar que poderá constituir uma fonte mais eficaz de informação para o terreno. De acordo com Shonkoff deve ser dada maior atenção aos desafios da implementação do programa, utilizando métodos de pesquisa qualitativa e quantitativa,

como parte integrante de todas as pesquisas de intervenção precoce. (Shonkoff e Phillips, 2000)

Segundo Kalafat actualmente a literatura de avaliação reflecte um consenso crescente no que diz respeito aos métodos para avaliar programas de prevenção com múltiplos componentes. Assim, refere que vários investigadores têm descrito uma abordagem de pesquisa-acção participativa, envolvendo a colaboração entre os avaliadores e os profissionais do programa, uma avaliação fundamentada alargada aos contextos dos programas e uma combinação de métodos quantitativos e qualitativos que se baseiam em dados de várias fontes. Uma vez identificados os hipotéticos mediadores do programa, devem ser desenvolvidas as definições operacionais desses componentes que devem ser observáveis ou verificáveis através de procedimentos como entrevistas e pesquisas ao pessoal e aos beneficiários do programa. (Kalafat, Illback e Sanders Jr, 2007) O grau de "satisfação das famílias constitui um excelente indicador do trabalho desenvolvido pelos programas de IPI" (Franco, 2005:97), pelo que estas devem também ser chamadas a participar numa avaliação que se proponha fornecer estratégias de adequação do funcionamento do programa.

Nos projectos de intervenção comunitária parece consensual que os serviços devem ser envolvidos na avaliação da sua intervenção, especialmente quando crianças vulneráveis e as suas famílias estão em causa. Mas em muitos casos, o requisito deste compromisso resulta numa recolha de dados, onde os serviços devem recolher grandes quantidades de dados sobre os seus clientes e as suas práticas. Embora aparentemente essa informação seja suposto fornecer a prova do valor do programa, na realidade, o valor de grande parte desses dados é questionável para o próprio projecto. (Wong, 2009) Muitas vezes esta recolha de dados é exigida pelos financiadores, consiste numa colectânea de indicadores quantitativos de clientes e apoios que não estão directamente relacionados com as metas do programa em si, sendo por isso de pouca utilidade para os projectos ao não contribuírem para o seu desenvolvimento nem para a aprendizagem organizacional. Além disso, a comunicação de dados tem normalmente um sentido único, os serviços enviam os seus dados e não recebem *feedback*, não sabem o que aconteceu com eles, como são usados e não tiram qualquer aprendizagem deles derivada.

Avaliações que envolvem actores locais do programa como contribuintes activos e participantes no processo de avaliação trazem benefícios pragmáticos, além de promoverem o desenvolvimento profissional e a capacidade organizacional. Incluir técnicos como colaboradores na avaliação facilita a recolha de dados não apenas mais confiáveis, mas que são usados activamente para melhorar o quotidiano das actividades de um programa de nível local. (Comissão Europeia, 2003)

Em 2006 o Departamento de Serviços Comunitários do Governo do estado de *New South Wales* da Austrália incumbiu o *Social Policy Research Centre Consortium* de desenhar e implementar a avaliação do Programa de Intervenção Precoce na Infância. Este plano de avaliação foi desenhado para identificar as características e processos de abordagens bem sucedidas na IPI que fornecem benefícios significativos para as crianças e as suas famílias e inclui técnicas de avaliação formativa e sumativa, incluindo quatro componentes: avaliação de resultados, avaliação de processo, avaliação económica e estudos intensivos. O objectivo da avaliação de processo era neste contexto ajudar os prestadores de serviços a identificar áreas de mudança que possam melhorar essa prestação. Envolve a recolha detalhada da descrição da operacionalização do programa e do contexto geral em que este actua, incluindo os beneficiários do serviço e os serviços prestados. (Fisher *et al*, 2006)

Para a maioria dos projectos, pelo menos quando estes são de pequena escala de intervenção, a sua avaliação é devolvida aos seus promotores e outros intervenientes. (Comissão Europeia, 2008:11) Um dos grandes benefícios da realização de pesquisas internas para as organizações é que aqueles que conduzem a investigação têm um conhecimento profundo acerca dela, o que lhes permite adaptar as questões de investigação às necessidades da organização e enquadrar a actividade de recolha dos dados existentes com o mínimo de interferência para os programas. (Wong, 2009) Sendo uma avaliação interna, tem a vantagem de o avaliador estar familiarizado quer com a prática quer com os pressupostos teóricos que a suportam e de que os colaboradores que participem na avaliação não se sintam julgados ou examinados por um elemento externo, mas antes sintam a avaliação como uma reflexão da sua prática. Por outro lado corre-se o risco de haver perda de objectividade, uma vez que o avaliador é um elemento integrante do que está a ser avaliado e tem, por isso, mais dificuldade em ser imparcial. (Cohen e Franco, 2006) Impõe-se então a vigilância epistemológica do próprio investigador.

A avaliação emergiu na crença de que os métodos científicos de avaliação podem contribuir para a eficácia e eficiência dos programas. Preocupa-se com o que é feito, como é feito, se é bem feito e o que faz a diferença. As questões éticas surgem logo na concepção da avaliação, ao decidir que níveis e fontes de recursos devem ser incluídos, quais os métodos a serem utilizados e quem deve ser envolvido na avaliação e como. No entanto, algumas das preocupações éticas mais delicadas surgem quando a avaliação está concluída e os resultados estão disponíveis: que resultados divulgar, a quem e quem decide da obrigação das partes envolvidas agirem sobre os resultados? O avaliador informa, mas não determina o uso dos resultados da avaliação. Deve cultivar e defender

a integridade e a credibilidade da própria avaliação, mesmo que os resultados encontrados não sejam os esperados, o que se torna ainda mais premente no caso de uma avaliação interna. (Schweigert, 2007)

É neste contexto que propomos criar um modelo de avaliação do PCIP que terá que estar alinhado com o contexto organizacional onde se insere, como defendido por Monteiro quando refere que "... qualquer processo de avaliação passa pela necessária adaptação a cada objecto e contexto institucional" (Monteiro, 1996:152). Aspira-se a um modelo que contemple uma avaliação dinâmica, que implica a construção de utensílios de avaliação permanente de forma a tornar-se um instrumento de orientação das acções, mas também participada, que garanta uma melhor utilização e eficácia, pela associação dos beneficiários da intervenção e dos actores. (Guerra, 2002:206) Poderá ser enquadrado numa das cinco modalidades básicas identificadas como existentes na organização de sistemas de avaliação em Portugal, naquela que designada por auto-avaliação contínua, que tem uma orientação de natureza interactiva, ou seja, "... combina o questionamento simultâneo do planeamento, dos processos e dos impactes no decurso da própria intervenção" (Capucha, Almeida, Pedroso e Silva, 1996:15), acompanha toda a duração do projecto com uma incidência sistémica e pontual e tem como principais destinatários os técnicos, os responsáveis, os financiadores e as populações destinatárias.

Sendo uma auto-avaliação, conduzida por um dos elementos da equipa "há coincidência entre a equipa do terreno e a equipa de avaliação." (Guerra, 2002:175) Sendo uma avaliação de acompanhamento/*on going*, com a que se pretende "saber se os projectos de intervenção estão a atingir os grupos-alvo e se estão a assegurar os recursos e serviços previstos" (Guerra, 2002: 196), é suposto que os resultados da avaliação sejam incorporados no curto prazo, já que "visa a auto-correcção permanente do processo de intervenção" (Capucha, Almeida, Pedroso e Silva, 1996:15), porque um dos seus contributos é o de ir fornecendo pistas que permitam a melhoria da *performance* da intervenção e a qualidade do desempenho (Capucha, Pegado e Saleiro, 2001).

Assim, determinado pelo objectivo do trabalho, contribuir para a definição de um modelo de avaliação do PCIP e de acordo com a revisão bibliográfica efectuada e com as orientações teóricas encontradas sobre a avaliação de processo em programas de intervenção comunitária e que referiremos mais à frente neste trabalho¹, optou-se por

¹ Entre outras as referidas na Matriz de Avaliação de Processo do Manual de Métodos e Instrumentos para o Planeamento, Implementação e Avaliação editado online pelo *Department of Health and Human Services* dos Estados Unidos da América (ver Tabela 3) e no Formulário da

um estudo analítico-descritivo, intensivo e cujo modelo analítico foi sendo construindo numa perspectiva qualitativa, ao longo do seu desenvolvimento, no sentido de uma avaliação de processo. De facto, delimitado o objecto de estudo, a intervenção do PCIP, far-se-á “um aprofundamento dessa realidade empírica através da recolha sistemática de informação (sobretudo análise de documentos e dados estatísticos já existentes e entrevistas a informadores privilegiados) e uma aproximação à problemática teórica através da leitura da bibliografia mais pertinente para o objecto delimitado.” (Guerra, 2006:37) Serão assim identificadas as características do PCIP e avaliados os seus processos-chave de intervenção.

2.1. Técnicas de Recolha de Dados

Dentro deste modelo metodológico, serão utilizadas como Técnicas de Recolha de Dados:

- Pesquisa bibliográfica: Será feita uma revisão da literatura sobre a fundamentação teórica das grandes linhas temáticas que orientam este trabalho, nomeadamente o Planeamento e a Avaliação de Projectos, com especial ênfase na Avaliação, a Intervenção Precoce na Infância e os modelos teóricos que a fundamentam e as Organizações do Terceiro Sector como enquadramento da organização que é a entidade de acolhimento deste trabalho, a CERC Lisboa, mais concretamente o Programa Comunitário de Intervenção Precoce da CERC Lisboa.
- Análise documental: A análise documental pode ser definida como o “exame de materiais que ainda não receberam um tratamento analítico ou que podem ser reexaminados com vista a uma interpretação nova ou complementar.” (Neves, 1996:3) Tem como objectivo final a representação condensada da informação, permitindo assim o armazenamento da informação de forma conveniente ao investigador e a facilitação do acesso ao observador para que este obtenha o máximo de informação com o máximo de pertinência. (Bardin, 1977) De acordo com Quivy e Campenhoudt (1992:202), utilizaremos uma das duas variantes mais frequentemente utilizadas na investigação social, “a recolha de documentos de forma textual provenientes de instituições”. Serão analisados, com o já previamente obtido consentimento organizacional, actas de reuniões e Planos e Relatórios de Actividades do PCIP que estejam disponíveis desde o início do projecto, a fim de se poderem caracterizar os

beneficiários da intervenção, as parcerias formais e informais estabelecidas, a constituição da equipa, a satisfação dos beneficiários e parceiros ao longo do tempo, bem como complementar a análise de alguns dos processos-chave da intervenção do PCIP, nomeadamente a Sinalização e a Intervenção directa com a criança e com a família.

- Inquérito por questionário: Será feito um inquérito por questionário aplicado por administração directa às famílias beneficiárias e aos técnicos do PCIP. O questionário “Escala de Satisfação das Famílias em Intervenção Precoce” (ESFIP), versão famílias e técnicos, será utilizado como complemento para a caracterização da Intervenção directa com a criança e com a família, a relação entre os pais e os profissionais e o serviço. Este questionário é a versão portuguesa da *European Parental Satisfaction Scale About Early Intervention* (EPASSEI), desenvolvida em 1999 pela *Eurllyaid*, a Associação Europeia de Intervenção Precoce na Infância, que foi traduzida e validada para a população portuguesa no âmbito de um projecto de investigação, o projecto “Investigar em Intervenção Precoce”, desenvolvido pelo Programa Integrado de Intervenção Precoce do distrito de Coimbra, tendo a Associação Nacional de Intervenção Precoce como entidade promotora e financiado pelo Programa Ser Criança. Este projecto teve a duração de vinte e um meses, de Novembro de 2000 a Julho de 2002 e “o seu principal objectivo foi proceder à tradução, adaptação, aplicação às famílias em apoio do PIIP², tratamento e análise da escala EPASSEI (ESFIP, na versão portuguesa - Escala Europeia de Satisfação das Famílias em Intervenção Precoce).” (Cruz, Fontes e Carvalho, 2003:37) Esta escala é composta por duas secções, sendo a primeira de caracterização do inquirido, da família, da criança e do apoio prestado e a segunda secção corresponde à avaliação do grau de satisfação face ao serviço de IPI prestado.

O grupo de investigadores que desenvolveu a escala ESFIP operacionalizou o conceito de satisfação como sendo a diferença entre as expectativas dos pais relativamente aos programas de IPI e o serviço de IPI realmente recebido. A partir desta definição operacional foram identificadas as dimensões consideradas relevantes numa avaliação da satisfação das famílias em IPI, com base nas quais foi possível desenvolver posteriormente um conjunto de indicadores que procuram captar aspectos específicos do apoio facilmente apreciáveis pelas famílias inquiridas. Esquematizadas na Tabela 1, as dimensões de análise identificadas correspondem sensivelmente às áreas que o

² Neste contexto a abreviatura PIIP designa o Programa Integrado de Intervenção Precoce do distrito de Coimbra e não o Plano Individual de Intervenção Precoce como no restante trabalho

Manifesto para a IPI do grupo *Eurlyaid* considera essenciais em qualquer serviço de IPI. (Cruz, Fontes e Carvalho, 2003) Este documento será referido e descrito sumariamente no capítulo sobre a IPI na UE.

Tabela 1- Dimensões da escala ESFIP

DIMENSÕES	
Apoio aos pais	Apoio prestado pelo serviço de IPI aos prestadores de cuidados da criança, a interacção que se estabelece entre estes e os técnicos de IPI.
Apoio à criança	Descrição e informações de desenvolvimento da criança, actividades feitas com a criança, aconselhamento de materiais e brinquedos para a criança e actividades diárias, etc.
Atenção ao meio social envolvente da criança	Suporte profissional oferecido aos irmãos da criança com deficiência, à família e ao meio social circundante, sugestões e conselhos de actividades para os pais.
Relação pais – profissionais	Interacção entre pais e profissionais, no que se refere a tomadas de decisão, ao respeito pela privacidade, ao grau de empatia estabelecido, etc.
Modelo de apoio	Adequação do apoio, das avaliações da criança, acesso aos serviços da comunidade, o suporte que os profissionais oferecem aos pais no acesso às redes sociais de apoio à criança, para a sua inclusão social e educacional, etc.
Direitos da família	Informação sobre direitos e benefícios financeiros existentes, sobre o solucionamento de problemas administrativos, etc.
Localização e ligações do serviço	Funcionamento do serviço, que analisa a forma como o serviço está organizado e a sua divulgação na comunidade.
Estrutura e administração do serviço	Conhecimento da estrutura, funcionamento e elementos do serviço, grau de envolvimento na intervenção.

Fonte: adaptado de Avaliação da satisfação das famílias apoiadas pelo PIIP: Resultados da aplicação da escala ESFIP (Cruz, Fontes e Carvalho, 2003)

Com um total de 61 itens distribuídos pelas dimensões referidas na segunda secção do questionário, é solicitada aos inquiridos uma resposta ou uma tomada de posição, com base numa escala de satisfação que comporta quatro possibilidades de resposta, que vão de “muito bom”, “bom”, “mau” a “muito mau”, ou “ajudou muito”, “ajudou”, “ajudou pouco” a “não ajudou”. A versão utilizada foi adaptada já depois de concluído o projecto “Investigar em Intervenção Precoce” pelos seus promotores e pareceu-nos mais adequada ao objectivo específico a que se destina neste trabalho e às características do PCIP.

A versão para os profissionais que foi também utilizada neste trabalho foi igualmente traduzida e validada no âmbito deste projecto. Com uma estrutura muito semelhante à das famílias, é composta também por duas secções, sendo igualmente a primeira de breve caracterização do inquirido e a segunda relativa à avaliação do grau de satisfação face ao PCIP. Nesta segunda secção foi omitida a última dimensão, Estrutura e administração do serviço, estando portanto divididos por sete dimensões os 51 itens, que são respondidos com base na mesma escala de satisfação da versão das famílias.

Foram distribuídos às famílias 67 questionários pelos respectivos Gestores de Caso, acompanhados de uma carta informativa e explicativa do contexto da aplicação do questionário, a informação do seu âmbito e objectivo, onde está também referida a garantia de anonimato das respostas e de um envelope em branco, a utilizar fechado para a devolução do questionário preenchido pelas famílias, novamente via Gestor de Caso. Esta carta encontra-se no anexo 1. Os questionários dos técnicos, 10, foram entregues em mão com um envelope em branco e foi explicada oralmente a finalidade e modo de preenchimento do questionário, sendo posteriormente devolvidos depois de preenchidos no envelope fechado. Foi previamente obtido o consentimento da Direcção da CERC Lisboa para a realização destes procedimentos.

Optou-se pela utilização desta escala não só por já estar traduzida e validada para a população portuguesa, mas também porque contendo uma primeira parte de caracterização do inquirido, da família, da criança e do apoio prestado, facilitou a caracterização do universo da sua aplicação, neste caso concreto as famílias beneficiárias do PCIP e os técnicos e ainda porque permite ainda alguma flexibilidade na sua adaptação a casos concretos. Os questionários aplicados encontram-se nos Anexos 2 e 3, respectivamente.

Depois de recolhidos os questionários foram numerados com o objectivo estatístico de criar instrumentos necessários para agrupar, classificar e representar dados numéricos, para que a informação dos mesmos seja mais facilmente apreendida para uma análise estatística descritiva. Posteriormente os dados dos questionários foram passados para formato electrónico numa base de dados criada para o efeito com o *software* SPSS, versão 18. Uma vez classificados os dados, pode sintetizar-se e analisar a informação neles contida, com a ajuda de quadros, gráficos e medidas descritivas, a fim de mais facilmente se poderem analisar à luz do objectivo para que foram utilizados, como complemento para a caracterização da Intervenção directa com a criança e com a família, a relação entre os pais e os profissionais e o serviço. Os dados resultantes da análise estatística descritiva dos respondentes aos questionários encontram-se nos Anexos 4 e 5.

- Entrevista: Para se proceder a uma avaliação dos processos-chave da IPI no PCIP para além daquela efectuada pelos seus actores e beneficiários, optou-se por fazer uma entrevista semi-estruturada a informantes privilegiados, seleccionados por serem considerados detentores de informação relevante pela sua relação com o PCIP. Pretende-se que sejam “informadores susceptíveis de comunicar as suas percepções da realidade através da experiência vivida”. (Guerra, 2006:48) A entrevista, contrariamente ao questionário, permite que as pessoas falem por si e exponham o seu entendimento dos processos-chave de intervenção do PCIP, enquanto técnicos conhecedores da sua realidade.

Decidiu fazer-se uma entrevista semi-estruturada ou semi-directiva, já que nos pareceu ser a forma mais adequada para a recolha de dados provocados que contivessem a informação pretendida para este trabalho, uma vez que “É semidirectiva no sentido em que não é inteiramente aberta, nem encaminhada por um grande número de perguntas precisas. Geralmente o investigador dispõe de uma série de perguntas-guias, relativamente abertas, a propósito das quais é imperativo receber uma informação da parte do entrevistado.” (Quivy e Campenhoudt, 1992:194) As questões podem não ser todas colocadas, ou pela ordem prevista, o investigador deve deixar o entrevistado falar abertamente, mas simultaneamente orientar o discurso para os objectivos pretendidos. Consegue-se assim uma maior reflexão para se chegar a um nível mais profundo de análise e avaliação da intervenção.

Foram realizadas 5 entrevistas e como informantes privilegiados foram então escolhidas a coordenadora do programa, dois elementos representativos dos dois parceiros formais do PCIP, os agrupamentos de escolas de referência para a IPI na cidade de Lisboa e dois da entidade financiadora, a Segurança Social, a técnica responsável do Instituto de Segurança Social, na altura Centro Regional de Segurança Social, na altura da aprovação do acordo atípico que permitiu a criação do PCIP e a actual Subcomissária do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social para a Região de Lisboa e Vale do Tejo do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. O que se pretende destes informantes privilegiados é exactamente a visão destes processos-chave para além da dos intervenientes directos, já que para esta perspectiva temos a informação dos questionários às famílias e técnicos, beneficiários e actores principais. O conhecimento do investigador sobre o programa constituiu-se como um aspecto fundamental na escolha destes informantes privilegiados.

Tabela 2 – Grelha analítica de construção do guião da entrevista semi-estruturada

OBJECTIVO DO TRABALHO	OBJECTIVO ESPECÍFICO	PROCESSOS-CHAVE	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Avaliação de processo do PCIP	Avaliação dos processos-chave da Intervenção Precoce na Infância no PCIP	Sinalização	• Procedimentos • Entidades • Facilidade comunicação ao serviço • Grau de envolvimento da família • Propostas de melhoria	
		Avaliação da admissibilidade	• Responsáveis • Tempo de espera • Critérios de elegibilidade • Propostas de melhoria	
		Avaliação da criança	• Responsáveis • Local • Modelo • Instrumentos • Grau de envolvimento da família • Devolução da informação resultante da avaliação • Propostas de melhoria	
		Elaboração do PIIP	• Gestor de Caso • Responsáveis • Prazo de elaboração • Grau de envolvimento da família • Levantamento de necessidades, prioridades e recursos da criança e família • Definição de objectivos: criança/família/comunidade • Definição dos responsáveis pela implementação • Propostas de melhoria	• <i>Levantamento necessidades criança</i> • <i>Levantamento necessidades família</i> • <i>Levantamento prioridades criança</i> • <i>Levantamento prioridades família</i> • <i>Levantamento recursos criança</i> • <i>Levantamento recursos família</i> • <i>Definição objectivos criança</i> • <i>Definição objectivos família</i> • <i>Definição objectivos comunidade</i>
		Intervenção directa com a criança e a família (implementação do PIIP)	• Responsáveis • Local • Frequência • Grau de envolvimento da família • Passagem de informação à família • Articulação com serviços da comunidade (Saúde, Educação e Seg. Social) • Propostas de melhoria	
		Reavaliação da criança	• Responsáveis • Frequência de realização • Local • Modelo • Instrumentos • Grau de envolvimento da família • Devolução da informação resultante da reavaliação • Propostas de melhoria	
		Encaminhamento	• Responsáveis • Grau de envolvimento da família • Passagem do caso • Propostas de melhoria	
		Alta	• Responsáveis • Grau de envolvimento da família • Propostas de melhoria	

Para a elaboração do guião da entrevista foram considerados os já referidos objectivo do trabalho e o objectivo específico da entrevista, a identificação dos processos-chave da intervenção e seguidamente definidas as categorias e subcategorias de análise,

conforme esquematizado na Tabela 2. Foram consideradas algumas questões chave, ou questões guia, como já referido anteriormente às quais tínhamos que ter obrigatoriamente uma resposta, sendo as restantes apenas colocadas se não fossem respondidas espontaneamente durante a entrevista. Optou-se ainda por incluir uma pergunta sobre factores de melhoria para cada processo-chave, na tentativa de os identificar na óptica destes informantes privilegiados.

O guião da entrevista semi-estruturada elaborada encontra-se no Anexo 6. Os entrevistados foram contactados pessoal ou telefonicamente para sondar a sua disponibilidade para participar no trabalho, com a informação do seu âmbito e objectivo e foi nessa altura marcada a realização da entrevista, em horário e local da sua preferência. As entrevistas foram gravadas e transcritas³ na íntegra, sendo depois sujeitas a uma análise de conteúdo categorial temática, para a qual foi construída uma grelha de análise de conteúdo, que se encontra no Anexo 7. As grelhas de interpretação das entrevistas encontram-se nos Anexos 8, 9, 10, 11 e 12.

A análise de conteúdo categorial pode ser definida como “a identificação das variáveis cuja dinâmica é potencialmente explicativa de um fenómeno que queremos explicar.” (Guerra, 2006:80) Toma “em consideração a totalidade de um texto, passando-o pelo crivo da classificação e do recenseamento, segundo a frequência de presença (ou de ausência) de itens de sentido.” (Bardin, 1977:36-37) É uma análise de significados, descritiva, abstracta e não exclusiva. Sendo categorial temática, como a opção neste trabalho, são identificados os componentes importantes da entrevista e identificadas e contabilizadas as categorias e subcategorias. (Guerra, 2006)

- Observação: No caso deste trabalho o investigador é também actor, elemento interveniente no processo de intervenção do PCIP. Garantindo que mantenha a distância epistemológica necessária para não influenciar a investigação, como já anteriormente referido, encontra-se numa posição privilegiada para “estar atento ao aparecimento ou à transformação dos comportamentos, aos efeitos que eles produzem e aos contextos em que são observados” (Quivy e Campenhoudt, 1992: 197), o que é uma vantagem para o desenvolvimento deste trabalho em concreto. Para além deste conhecimento aprofundado, esta posição de investigador/actor

³ As gravações das entrevistas bem como as suas transcrições na íntegra serão disponibilizadas se necessário

permite acesso privilegiado à informação e possibilita também contribuir para a triangulação metodológica da recolha de dados.

Para Izquierdo (2008), para lá dos métodos utilizados, os desenhos da avaliação devem ser realizados à medida, devendo o avaliador ser criativo e capaz de utilizar os seus conhecimentos e experiência assim como a sua imaginação na busca de novos desenhos de avaliação que permitam responder de forma adequada às diferentes situações. Pretende-se que este modelo de avaliação do PCIP, na linha da metodologia participativa de projecto preconizada por Isabel Guerra, seja um modo de ir para além da mera avaliação da sua eficácia, no sentido de uma avaliação de processo, permitindo assim adequar e melhorar as práticas no âmbito da Intervenção Precoce do PCIP.

3. Enquadramento teórico

3.1. Planeamento e Avaliação de Projectos

3.1.1. Importância do Planeamento como metodologia de intervenção

A intervenção social implica um conhecimento profundo dos contextos de actuação, nomeadamente das suas dinâmicas, para assim se poder definir o sentido da acção. Na sociedade actual estas dinâmicas são constantemente adaptadas pelas rápidas mudanças verificadas nos diferentes contextos sociais, devidas, entre outros factores, à evolução tecnológica, ao declínio do estado-providência, à conjuntura política, às crises económicas e sociais ou à alteração dos valores culturais. As necessidades efectivamente sentidas são aquelas a que as intervenções sociais devem responder. Faz então sentido que os diferentes actores, promotores, financiadores e população alvo sejam elementos activos em todo o processo da intervenção, já que só assim se chega a um conhecimento mais profundo dessa realidade. Esta participação surge assim quase como uma necessidade técnica nos projectos de intervenção social, para que estes sejam capazes de provocar a mudança e responder de forma eficaz e eficiente às necessidades significativas.

Um projecto representa uma unidade táctica dentro de uma estratégia de planeamento a longo prazo (Schiefer, 2006). Qualquer intervenção/acção pressupõe um planeamento, em que devem ser claramente identificadas as necessidades, os recursos necessários e as estratégias a desenvolver, para que possa efectiva e eficazmente alcançar os objectivos a que se propõe. O planeamento pode assim ser definido como um rumo entre muitos futuros possíveis, dependentes das estratégias dos actores.

Igor Ansoff, considerado o “pai” do planeamento, desenvolve em meados da década de 60 do século XX o conceito de planeamento como um processo cerebral e formal, decomposto em etapas distintas e sustentadas por técnicas de definição de objectivos, estratégias para os alcançar, programas e planos para integrar e coordenar as actividades da organização com vista a atingir os objectivos. (Mintzberg e Lampel, 1999)

O planeamento pode então ser definido como uma forma de observar o funcionamento, a organização e a evolução de um universo de acção e dos seus componentes, sendo um processo dinâmico em que os planos devem ser revistos continuamente para melhor se adequarem ao contexto. Centrando-se inicialmente na esfera económica, evoluiu para o planeamento integrado, onde além da dimensão económica são também consideradas as dimensões sociais, culturais, ambientais, entre outras. Progressivamente o planeamento integrado deu lugar ao planeamento estratégico, depois à gestão estratégica e actualmente ao chamado planeamento estratégico criativo e participativo, deixando de ter uma visão estática e dando um maior enfoque aos processos e à flexibilidade. (Guerra, 2002)

O planeamento tradicional preocupava-se em ultrapassar a incerteza por intermédio de técnicas de previsão, enquanto o planeamento estratégico procura técnicas prospectivas, em que os objectivos definidos são considerados como possíveis de atingir, dependendo da incerteza e dos riscos associados. O planeamento estratégico envolve a totalidade das organizações, porque caracteriza a relação com as envolventes interna e externa, enquadrada numa missão, onde são identificados os objectivos que devem ser alcançados e os meios adequados para os atingir, implicando decisões sobre esses objectivos, sobre as acções, sobre os recursos e o modo de efectivação dos resultados. A principal finalidade do planeamento estratégico é orientar o planeamento operacional de cada área da organização, permitindo desenvolver uma acção concertada em todos os seus diferentes níveis.

Como sistema de gestão organizacional, sendo um processo formal, implica uma racionalização dos processos pelos quais as decisões são tomadas. “A passagem do planeamento à metodologia de projecto constitui uma profunda viragem nas concepções do planeamento, introduzindo a flexibilidade necessária à construção do processo de mudança social e à inclusão das dimensões da acção colectiva”. (Guerra, 2002:114)

A metodologia participativa de projecto, denominação da metodologia de planeamento na área da intervenção social segundo Guerra “... é um instrumento que permite, simultaneamente, uma maior compreensão da realidade e uma maior eficácia dos meios e das técnicas de intervenção.” (Guerra, 2002:119). “Envolve a mobilização de uma

considerável multiplicidade de métodos, técnicas, instrumentos e ferramentas caracterizadas pela prevalência de procedimentos que envolvem activamente os actores sociais implicados num determinado contexto, processo ou evento.” (Schiefer, 2006:24) Pretende, ao mesmo tempo, obter conhecimento e alterar os contextos da acção, novamente segundo Guerra (2002). Tem sido utilizada no trabalho técnico de intervenção social como uma forma científica e racional de organizar as acções e os recursos disponíveis. São então definidas quatro fases, que se interpenetram, sendo a primeira a emergência de uma vontade de mudança, segunda a análise da situação e a realização do diagnóstico, terceira a reflexão estratégica e a formulação do projecto e a última, a fase de execução, onde se enquadram a divulgação, a realização das acções, a avaliação e a revisão.

A primeira fase surge como a expressão de uma situação, de uma necessidade a que se pretende responder. A segunda fase, a fase de diagnóstico “assenta na compreensão do carácter sistémico da realidade” (Guerra, 2002:139) e é feito o “aprofundamento das dinâmicas de mudança, das potencialidades e dos obstáculos numa determinada situação”. (Guerra, 2002:134) Na fase seguinte, a fase de formulação do projecto é a altura de estabelecer finalidades e prioridades, que devem ser claramente definidas; de definir objectivos gerais e específicos, em que os primeiros devem ser formulados de forma a serem linhas de trabalho a seguir e coerentes com as finalidades e prioridades definidas na fase anterior e os segundos de forma suficientemente operacional, para que expressem os resultados que se esperam atingirem e tornem possível a análise da sua concretização. É ainda nesta fase que se delineiam estratégias de acção, a forma mais rentável, mobilizadora e inovadora de atingir os objectivos definidos, segundo Guerra (2002), que as define como “as grandes orientações metodológicas de intervenção do projecto consideradas em termos da relação entre recursos e objectivos” (Guerra, 2002:167). Ainda segundo esta autora esta formulação de estratégias obedece a uma lógica indutiva, já que a realidade social é demasiado complexa, envolve uma multiplicidade de parâmetros e a sua evolução é difícil de prever devido às constantes mudanças. Finalmente é também elaborado nesta fase o plano de acção, que deve conter o plano de actividades, com a descrição e organização das tarefas e dos recursos e respectivo cronograma, o plano de avaliação e o de pesquisa-acção, um plano de aprofundamento permanente do diagnóstico.

A fase de execução do projecto corresponde à implementação da anterior e é aqui que se enquadra a avaliação. Na área da intervenção social a necessidade de uma actualização constante dos saberes e das formas de actuação é preponderante, pelas constantes alterações nos contextos de intervenção, como referido anteriormente. Assume assim

particular relevância a avaliação, como forma de conhecer os resultados e os efeitos da intervenção e corrigir os processos, como referido por Monteiro, "a avaliação nos projectos de intervenção social deverá ser igualmente considerada como o elo de ligação entre a acção já desencadeada e a perspetivação de acções futuras, num processo colectivo de aprendizagem contínua e na procura de uma optimização quantitativa e qualitativa das intervenções." (Monteiro, 1996:138)

3.1.2. A Avaliação enquanto etapa do processo de planeamento

*"There are many ways to conduct evaluations, and professional evaluators tend to agree that there is no "one best way" to do any evaluation. Instead, good evaluation requires carefully thinking through the questions that need to be answered, the type of program being evaluated, and the ways in which the information generated will be used. Good evaluation, in our view, should provide useful information about program functioning that can contribute to program improvement."*⁴

W. K. Kellogg Foundation (2004:6)

A prestação de um serviço de qualidade implica melhorias contínuas baseadas em avaliações sistemáticas desse serviço. Avaliar implica medir, mas esta é uma visão reducionista, também de acordo com Silva (2004), que introduz uma "noção de avaliação que não se define apenas enquanto à finalidade a alcançar, mas enquanto meio que de modo sistemático e referindo-se a um objecto procura valorá-lo com base nos dados ou provas sobre eles recolhidos." (Silva, Pedro e Courelas, 2004:33).

A avaliação não deve ser concebida como uma actividade isolada e auto-suficiente, deve fazer parte do processo de planeamento da política social, gerando uma retro-alimentação que permita escolher de entre diversos projectos. (Cohen e Franco, 2006:73)

De acordo com Izquierdo, as concepções e as formas de avaliar têm-se alterado conforme os paradigmas da ciência, sendo esta situação especialmente evidente na segunda metade do século XX. (Izquierdo, 2008) Devem ainda ser reconhecidas as

⁴ Existem muitas maneiras de conduzir avaliações, e os avaliadores profissionais tendem a concordar que não existe uma "maneira melhor" para fazer qualquer avaliação. Em vez disso, uma boa avaliação requer que se pense cuidadosamente sobre as questões que precisam de ser respondidas, sobre o tipo de programa que está a ser avaliado e sobre de que diferentes formas a informação criada vai ser utilizada. Uma boa avaliação, no nosso ponto de vista, deve fornecer informação útil sobre o funcionamento do programa que possa contribuir para a sua melhoria.

potencialidades e os riscos na utilização de metodologias de avaliação, já que existem limites na capacidade de medição dos fenómenos sociais, na medida em que a teoria social tem uma capacidade de previsão limitada. (Guerra, 2002)

A avaliação como a entendemos hoje, enquanto etapa do planeamento e, particularmente a que incide sobre intervenções de carácter social, começou a desenvolver-se a partir dos anos 60 do século XX nos Estados Unidos da América, visando a aplicação de métodos de pesquisa científica aos problemas sociais. A sua origem é referenciada por alguns autores após a I Guerra Mundial nos Estados Unidos da América, ligada a estudos de educação e saúde pública. Patton, referido por Izquierdo, propõe as décadas de 50 e 60 do século XX como o início da avaliação como área de investigação diferenciada. (Izquierdo, 2008) Nesta altura a avaliação procurava responder à necessidade de identificar critérios eficazes, eficientes e económicos de verificação da execução das intervenções sociais, apoiada pelo desenvolvimento de métodos de investigação quantitativos cada vez mais sofisticados e permitia aferir o sucesso ou insucesso dos programas. Enfatizava os métodos experimentais, a recolha estandardizada de dados, largas amostragens e dados cientificamente fundamentados, mas eram modelos monoculturais, insensíveis a importantes variações locais e culturais. (Guerra, 2002) Em suma, a avaliação seguia um modelo de metodologias quantitativas, tinha como principal finalidade verificar se os objectivos definidos eram ou não cumpridos e em que grau e esta medição permitia aferir o sucesso ou insucesso do programa.

Em meados da década de 70 este modelo entra em crise, crise esta motivada por uma diversidade de factores, evidenciando-se a necessidade de responder a novas questões para além da eficácia dos programas e a fraca utilização dos resultados das avaliações. Também a maior pluralidade da sociedade, com diferentes grupos sociais que apresentam diferentes interesses e lógicas de actuação, leva à consciência da diversidade de olhares sobre os resultados de uma mesma intervenção. Defendia-se então que os programas de intervenção social eram complexos e mobilizavam actividades e recursos diferentes de acordo com a forma como os contextos sociais e geográficos eram influenciados por redes políticas, culturais e sociais. (Guerra, 2002) "Assim, os métodos tradicionais de avaliação, fundados em abordagens mais quantitativas, baseavam-se em pressupostos bastante superficiais, de certa forma insensíveis às variações locais e culturais das populações envolvidas." (Silva, Pedro e Courelas, 2004:2) Emergiram os métodos naturalistas e qualitativos como mais adequados para entender os processos de funcionamento dos programas. A avaliação aparece assim inserida num contexto dinâmico e vai-se adaptando às diferentes condições e envolventes em que se desenvolvem as políticas públicas. (Izquierdo, 2008)

No final dos anos 70 assiste-se à tentativa de reconciliação dos modelos anteriores, quantitativo e qualitativo, pela "constatação de que as avaliações realizadas influenciavam muito pouco as decisões que eram tomadas com base em critérios sócio-políticos." (Guerra, 2002:180) Nos anos 80 cresceu esta "tentativa de combinação dos paradigmas anteriores, aproximando actores e decisores numa procura pragmática da eficácia." (Guerra, 2002:180) Valoriza-se a análise dos processos de intervenção simultaneamente com a análise dos objectivos atingidos.

No final do século XX é reconhecido que a avaliação evoluiu para uma dimensão pluralista, com a utilização de múltiplos métodos, critérios, medidas, perspectivas, audiências e interesses, bem como que emerge como fonte de procura de novas dimensões de legitimidade por parte das esferas pública e privada. Chega-se então à avaliação participativa dos nossos dias que, segundo Guerra, "resolve a multiculturalidade de olhares sobre a condução dos processos sociais" (Guerra, 2002:183), com a utilização de métodos participativos e indicadores qualitativos envolvendo os beneficiários dos programas no processo de avaliação. (Comissão Europeia, 2008) Esta avaliação participativa é uma tentativa de tornar a avaliação prática, útil e uma ferramenta de capacitação para ajudar as várias partes interessadas a melhorar a sua execução, bem como os resultados, por envolver activamente todos os intervenientes no processo de avaliação. (W.K. Kellogg Foundation, 2004)

Nas últimas três décadas a avaliação adquiriu um cariz científico, sendo actualmente considerada uma disciplina autónoma. Teve uma evolução considerável, com uma perspectiva racional e científica, desde o modelo clássico com a utilização de ferramentas quantitativas a uma visão pluralista, onde se abre a novos enfoques e objectivos, manejando uma ampla bateria de ferramentas. (Izquierdo, 2008) Tem tido um crescimento considerável e tem também vindo a estender-se à Europa desde finais dos anos 80 do século XX. Os Fundos Estruturais Europeus têm sido um dos principais motores para a divulgação ou promoção da prática de avaliação em toda a União Europeia. Para a Comissão Europeia a introdução da avaliação em muitos países da Europa do Sul ocorreu em consequência das exigências da regulamentação dos Fundos Estruturais. (Comissão Europeia, 2008) Isto acontece, em primeira instância, pelo desenvolvimento de programas sociais e pela posterior colocação de problemas no financiamento das políticas sociais, que se deve à tomada de consciência da limitação dos recursos e ao abrandamento do crescimento económico com consequentes reformas na gestão da administração pública, o que reforça a constatação da utilidade da avaliação para a formulação e reformulação de políticas e programas de carácter social. A própria evolução e consolidação das práticas de avaliação só foram possíveis com o

interesse e o apoio das instâncias de tomada de decisão. (Capucha, Pegado e Saleiro, 2001)

No nosso país esta prática é relativamente recente, tendo a adesão de Portugal à União Europeia sido um factor que contribuiu decisivamente para introduzir e disseminar a avaliação sistemática da actividade das organizações por via da obrigatoriedade de avaliação de programas comunitários. (Capucha, Pegado e Saleiro, 2001)

"A avaliação apresenta-se hoje como uma tentativa de melhor compreender para melhor agir, melhor resolver os problemas, melhor atingir os objectivos." (Loureiro, Cristovão e Nogueira, 2000) Podemos definir a avaliação de programas como um processo de recolha de informação que conduzirá a um juízo de valor, que será utilizado na tomada de decisões. (Demarteau, 2002) Para Capucha "a expressão "metodologias de avaliação" designa os processos de pesquisa científica que visam deliberadamente colocar questões relativas à concepção, às formas de tomada de decisão, à execução e aos efeitos de programas, políticas, projectos e investimentos." (Capucha, Pegado e Saleiro, 2001:9). Segundo Serrano, é uma gestão científica específica, que tem como objectivo examinar a capacidade de um agente para assumir um problema social e para satisfazer as necessidades sentidas. É um processo dinâmico e de reflexão que permite explicar os resultados das acções realizadas e inclui os componentes da acção que podem explicar o seu sucesso ou insucesso, ou seja, permite conhecer os sucessos e erros da prática, para que estes possam ser corrigidos no futuro. "A avaliação não é uma etapa final ou terminal num projecto, pois deve estar presente desde o início até ao fim do mesmo com o propósito de controlar a forma como se alcançam os resultados, as lacunas existentes no processo, os aspectos não previstos que vão surgindo na aplicação do projecto, a adequação ou inadequação das actividades." (Serrano, 2008:84) A avaliação deve assim obedecer a um processo de pesquisa científico, objectivo e não ser espontânea ou intuitiva, deve ter objectivos específicos e bem definidos, estratégias claras e articuladas, com informação suficiente, recolhida e tratada por métodos rigorosos, o que permite alcançar resultados válidos, sistemáticos e fiáveis. (Capucha, Pegado e Saleiro, 2001) No seu sentido mais amplo deve contemplar os aspectos iniciais, os processos e o produto do projecto, dependendo do tipo e fim a que se destina.

Para Capucha o objectivo último da avaliação "consiste em permitir que as pessoas e as instituições envolvidas na concepção, planeamento, gestão e execução julguem o seu trabalho e os resultados obtidos e aprendam com eles." (Capucha, Almeida, Pedroso e Silva 1996:11). O envolvimento dos diversos *stakeholders* na avaliação é também referido na literatura como uma mais-valia no processo de avaliação em intervenção social, nomeadamente dos beneficiários do projecto como referido por Guerra (Guerra,

2002:102), quando afirma que a participação da população é necessária no seu envolvimento nas várias fases do projecto, incluindo a sua avaliação. Também para a Comissão Europeia é particularmente importante a participação dos beneficiários da intervenção na avaliação, já que a sua experiência e os benefícios atingidos são a justificação da própria intervenção. (Tavistock Institute, 2003:36)

No seu desenvolvimento enquanto disciplina diferenciada na investigação e na necessidade de se adaptar às mudanças do contexto, a avaliação adquiriu uma dinâmica plurilinear, o que levou a um enfoque em que predominam a pluralidade de perspectivas. Loureiro (2000), citando Portela (1993), refere que “não há um conceito de avaliação, mas sim vários tipos de avaliação.” (Loureiro, Cristovão e Nogueira, 2000:119) Na literatura são descritos toda uma diversidade de modelos de avaliação. De acordo com o papel da avaliação e do avaliador, Guerra identifica cinco modelos principais: a avaliação experimental, a avaliação por objectivos, a avaliação orientada para a decisão, a avaliação pela utilização e a avaliação múltipla.

A avaliação experimental, ou pela investigação, tem o seu enfoque nos resultado do projecto, tem maior ênfase na explicação das causas e na aferição dos efeitos e pretende permitir a generalização acerca da eficácia da intervenção. O avaliador é, neste modelo, um perito/cientista.

No segundo modelo referido por esta autora, a avaliação por objectivos, o seu enfoque são as finalidades e os objectivos, centra-se na avaliação dos objectivos atingidos com a intervenção e é levada a cabo por um colaborador.

A avaliação orientada para a decisão foca-se nas informações essenciais para a adequação dos objectivos e actividades à realidade, com ênfase nas decisões que precisam de ser tomadas e na selecção da informação importante para permitir a adequação de decisões e é realizada por uma pessoa de suporte aos decisores.

Já a avaliação pela utilização tem o seu enfoque nos utilizadores da informação e naquela que pode ser útil. Esta avaliação deve ser estruturada para que haja uma maximização da utilização dos seus resultados pelos diversos utilizadores, sejam eles técnicos, políticos ou a população e é executada por um colaborador.

Finalmente a avaliação múltipla, que se demarca dos modelos referidos anteriormente pelo pressuposto de que a única avaliação interessante e eficaz é a que busca compreender os múltiplos pontos de vista dos diversos intervenientes do projecto e o seu objectivo é entender os resultados numa multiplicidade de perspectivas. Foca-se na

compreensão pessoal, é múltipla e depende da diversidade dos actores e é realizada por um consultor. (Guerra, 2002)

Como referido por esta autora, cada modelo “apresenta os seus próprios objectivos, vantagens e desvantagens, apresentando ao mesmo tempo implicações no papel do avaliador”, mas estes modelos não se auto-excluem já que “há semelhanças e diferenças nas diferentes metodologias de avaliação” (Guerra, 2002:188)

Impõem-se então as perguntas “O que quero avaliar? Porquê e para quê?” Estas dimensões vão ajudar a definir o modelo da avaliação. Para Serrano “a avaliação está consagrada no princípio da utilidade.” (Serrano, 2008:87) A sua utilização final vai determinar o desenho da avaliação.

Capucha (1996) define algumas dimensões que vão determinar as diferentes modalidades da avaliação, nomeadamente a área de intervenção do projecto, a sua dimensão, os intervenientes no processo de avaliação, a temporalidade da sua realização, o âmbito de incidência, os destinatários, o tipo de dados e o seu suporte de recolha, as estratégias metodológicas e o produto da avaliação. A primeira destas dimensões é a área de intervenção do projecto, que permite construir o quadro de referência da avaliação. Em segundo lugar a dimensão dos projectos, já que são cenários com graus de complexidade completamente diferentes se pretendemos avaliar um projecto de uma organização local ou um programa nacional ou transnacional.

Os intervenientes na realização da avaliação, quem faz, é outra das dimensões identificadas, já que esta pode ser externa ou hetero-avaliação, levada a cabo por um elemento externo ao projecto, que não participa directamente na actividade realizada, ou interna, também chamada de auto-avaliação, em que é um dos elementos que integra a organização e participa na intervenção o responsável pela avaliação do projecto. Alguns autores, nomeadamente Serrano (2008) e Monteiro (1996) fazem a distinção entre a auto-avaliação e a avaliação interna, sendo que na primeira é toda a equipa de intervenção a dinamizar a avaliação, enquanto que na interna é apenas um dos elementos ou um grupo restrito dessa equipa o responsável pela sua realização. Em ambos os casos, o facto de ser levada a cabo por um elemento interno ao projecto permite “proporcionar um *feed-back* contínuo, de modo a que possam integrar as adaptações necessárias.” (Serrano, 2008:89) A avaliação pode ainda ser mista, onde o avaliador que não pertence à organização responsável pela intervenção se coloca em estreita articulação com esta. (Capucha, 1996)

A temporalidade da realização da avaliação é outra das dimensões identificadas, quando avaliar. Assim, são definidos três tipos de avaliação, a avaliação *ex-ante*, prévia ou de

diagnóstico, que pretende proporcionar elementos decisores à implementação ou não do projecto, a avaliação *on going* ou de acompanhamento, que avalia a forma de concretização do projecto e fornece elementos para a sua adequação. Este tipo de avaliação pode também ser considerada uma avaliação formativa, já que vai “fornecendo pistas que permitam a melhoria da *performance* da intervenção e a qualidade do desempenho” (Capucha, L., Pegado, E. e Saleiro:47), uma vez que incide na operacionalização e execução do projecto. Ocorre durante a execução do projecto e interessa-se não só na sua eficácia e eficiência, mas também na metodologia desenvolvida, procurando-se que os resultados e conclusões obtidos sejam integrados na acção, contribuindo assim para a melhoria da eficácia e competência dos actores envolvidos. (Monteiro, 1996) Ainda quanto à temporalidade, são definidas a avaliação *ex-post* ou final, que mede os resultados e efeitos do projecto (Guerra, 2002), a avaliação de impacte ou *ex-ante + ex-post*, que implica a conjugação da avaliação prévia com a análise dos resultados finais da intervenção, visa a caracterização dos efeitos desejados e não desejados, directos e indirectos da intervenção pela comparação das situações de partida e de chegada e da identificação dos factores críticos de sucesso e, finalmente, a avaliação interactiva, que pela conjugação dos modelos de avaliação prévia, de acompanhamento e de impacte, que questionando simultaneamente o planeamento, os processos e os impactes durante a intervenção, facilita a monitorização dos processos tendo em vista a afinação dos critérios de tomada de decisão e fundá-los em melhor informação. (Capucha, Almeida, Pedroso e Silva, 1996)

Outra das dimensões é o âmbito de incidência da avaliação, o que avaliar. São então referidas as avaliações de desempenho ou resultados, cujas variáveis principais são a eficácia e a eficiência, a avaliação de processo, que acrescenta à avaliação de desempenho a análise da forma como os objectivos foram atingidos, tendo como “objecto de apreciação as estratégias desencadeadas e o seu modo de operacionalização” (Monteiro, 1996:143), a avaliação sistémica e processual que acrescenta à avaliação de processo a incidência sobre os objectivos e a sua pertinência, bem como a articulação com outros programas, projectos ou actividades e, por último, a avaliação prospectiva que, para além das referidas anteriormente, incide sobre a análise prospectiva de cenários de evolução dos efeitos da intervenção. (Capucha, Almeida, Pedroso e Silva, 1996)

Os destinatários da avaliação, para quem, são também uma das dimensões definidas. Como tal, a avaliação pode ser direccionada para os intervenientes directos na intervenção, os técnicos, para os dirigentes das organizações responsáveis pelos projectos, para os financiadores no sentido de responder à sua necessidade de controlo,

para os destinatários da intervenção para que estes possam ser informados acerca daquela, ou para públicos mais difusos, como a comunicação social ou a opinião pública e públicos potenciais, como agentes ligados a projectos futuros. (Capucha, Almeida, Pedroso e Silva, 1996)

Os suportes de recolha da informação da avaliação são variados, podendo ser a análise documental, as entrevistas, painéis de actores, a observação directa, questionários ou a análise de fontes estatísticas ou de diários de actividades, entre outros. Também as estratégias metodológicas que podem ser utilizadas na avaliação são diversas, como as análises pontuais, comparativas, prospectivas ou longitudinais, painéis de observação ou a experimentação. (Guerra, 2002)

Finalmente, a última dimensão definida é o produto da avaliação, sendo os mais frequentes relatórios de progresso ou finais, sessões de formação ou de informação, reuniões de debate, actas e registo de documentos, bases de dados ou publicações diversas. (Capucha, Almeida, Pedroso e Silva, 1996)

Revisões recentes da literatura acerca de programas para crianças e jovens referem avanços nas práticas baseadas na evidência, particularmente para iniciativas comunitárias que intervêm nos contextos educativos e que promovam as competências e ligações entre as crianças, os contextos educativos e as famílias. Estas mesmas revisões referem o crescente reconhecimento da necessidade de avaliações que identifiquem os processos dos programas e que avaliem o seu grau de execução ao invés de se focarem apenas na avaliação dos resultados. A literatura de avaliação reflecte um crescente consenso a respeito dos métodos de avaliação de programas de prevenção com múltiplos componentes. De facto, a actual corrente no campo da avaliação de programas reflecte uma ênfase crescente na avaliação de processo e de implementação e reconhece a pouca utilidade de conduzir avaliações unicamente de resultados. (Kalafat, Illback, e Sanders Jr, 2007)

3.1.3. A Avaliação de Processo

Como referido no capítulo anterior, existe uma crescente recomendação para a avaliação de processo para os programas para crianças e jovens, em particular para aqueles que intervêm em diferentes contextos e que promovem a sua articulação. A avaliação de processo utiliza dados empíricos para avaliar a execução dos programas. Em contraste com a avaliação de resultados, que avalia o impacto do programa, a avaliação de

processo verifica o que o programa é e se está a ser implementado conforme o concebido. (Bliss e Emshoff, 2002:2)

Na avaliação de processo "... o referente da avaliação alarga-se a outras dimensões e variáveis... incide sobre o processo, incluindo a organização e gestão das actividades, a coerência entre objectivos, actividades, acções e meios e a diversidade dos resultados." (Capucha, Almeida, Pedroso e Silva, 1996:16) Pretende-se assim com a avaliação de processo um olhar sobre os processos que levam aos resultados, ao alcançar dos objectivos do projecto e não focar a avaliação apenas nos resultados da intervenção. "A avaliação processual ... mais do que determinar o desvio entre objectivos pré-definidos e resultados, visa dotar o processo de um dispositivo de auto-regulação alargada, tendo em conta os diversos tipos de actores implicados e o conjunto de variáveis pertinentes, a nível interno e externo." (Guerra, 2002:182)

Para o *Early Childhood Outcomes Center* a avaliação de processo avalia que actividades são implementadas, a qualidade dessa implementação e os seus pontos fortes e fracos. Sendo a questão mais importante na avaliação de processo se o programa foi implementado de acordo com o planeado, esta informação pode ajudar a fortalecer e melhorar o programa, sempre que se demonstre essa necessidade, sendo a informação recolhida desta avaliação útil para esta melhoria, quer a curto como a longo prazo. Fornece ainda informação sobre os factores críticos de sucesso do programa e pode ajudar a demonstrar à comunidade o seu nível de actividade antes da avaliação de resultados. (Chinman, Imm e Wandersman, 2004)

A avaliação de processo olha para o futuro, para as correcções ou adequações. Destina-se a afectar as decisões operacionais e realiza-se durante a implementação do projecto (Cohen e Franco, 2006), já que "a avaliação de processo acompanha o modo de funcionamento tanto no global como em aspectos pontuais. São objectos de apreciação as estratégias desencadeadas e o seu modo de operacionalização." (Monteiro, 1996:143) Na mesma linha, Silva (2004) refere que a avaliação de processo "consiste no acompanhamento da execução das actividades e na compreensão de como elas são executadas" (Silva, Pedro e Courelas, 2004:5) Permite então a adequação, que se espera atempada, da realização da intervenção ao focar-se na execução, nomeadamente no grau de execução das actividades, na adesão, número e tipo de destinatários, nas formas de participação e contributos das parcerias, bem como nas dificuldades e obstáculos encontrados no seu decurso. (Capucha, Pegado e Saleiro, 2001)

"Para levar a cabo a avaliação do processo é necessário:

- A observação do desenrolar das diversas actividades do projecto;

- A análise das mesmas;
- A aplicação de provas de diagnóstico para pôr em prova os pontos fortes e fracos no desenvolvimento do projecto.” (Serrano, 2008:95)

Assim é dada maior atenção aos desafios da implementação do programa. Para esse fim, é essencial que a avaliação dos serviços de intervenção seja uma avaliação *ongoing* do conjunto de factores que estão ligados a uma aplicação eficaz. A pouca atenção dada às questões de implementação pode prejudicar a utilidade das avaliações do programa. (Shonkoff e Phillips, 2000)

Com o patrocínio do *U.S. Department of Health and Human Services* foi editado em 2004 um manual *online* de métodos e instrumentos para o planeamento, implementação e avaliação. Para a avaliação de processo este manual refere que existem várias questões que podem ser feitas numa avaliação deste tipo em programas de prevenção, sugerindo para cada uma um tipo específico de recolha de dados, como mostrado na Tabela 3.

Tabela 3 – Matriz da Avaliação de Processo

QUESTÕES	ATIVIDADES	REQUISITOS/RECURSOS
O programa seguiu o planeamento básico para a prestação de serviços?	Monitorização dos resultados	Experiência: pouca Tempo: pouco
Quais são as características do programa?	Avaliação organizacional	Experiência: pouca Tempo: pouco
Quais as características dos participantes?	Avaliação demográfica e de factores de risco	Experiência: moderada Tempo: moderado
Qual o grau de satisfação dos participantes?	Questionários de satisfação <i>Focus-Group</i>	Experiência: pouca Tempo: moderado Experiência: muita Tempo: moderado
Qual é a percepção dos profissionais acerca do programa?	Esclarecimento do programa <i>Focus-Group</i> Entrevistas	Experiência: pouca Tempo: pouco Experiência: muita Tempo: moderado Experiência: moderada Tempo: moderado
Qual a carga horária afectada a cada participante?	Monitorização da afectação da intervenção	Experiência: pouca Tempo: moderado
Quais os níveis de qualidade dos componentes do programa?	Monitorização da fidelidade: profissionais Monitorização da fidelidade: observadores	Experiência: moderada Tempo: moderado Experiência: moderada Tempo: muito

Fonte: adaptado de *Getting to Outcomes 2004: Promoting Accountability Through Methods and Tools for Planning, Implementation, and Evaluation*

3.1.4. A avaliação na Intervenção Precoce na Infância

Como em qualquer programa de intervenção comunitária também nos programas de IPI a avaliação surge como uma necessidade sentida por várias razões pelos diversos intervenientes. Pelos profissionais e pelas famílias para saber se os serviços que prestam/recebem são os mais adequados e pelas entidades financiadoras e reguladoras para saberem se os serviços são eficazes, eficientes e sustentáveis para assim poderem fazer uma avaliação da relação custo-benefício que permita o planeamento e a rentabilização das respostas. "O campo da intervenção precoce sofreu uma evolução considerável desde anos 60 até à actualidade, tanto em termos conceptuais, como em termos organizativos, legislativos, a nível dos modelos de prestação de serviços e das práticas, evolução essa que foi sendo acompanhada por modificações no que diz respeito aos objectivos e metodologias da avaliação dos programas." (Tegethof, 2007:201) Actualmente a "avaliação de programas de intervenção precoce deve ser mais do que simplesmente medir os resultados e efeitos desse programa. Deve ajudar os profissionais, os pais e os políticos a compreender as interacções, quase sempre complexas, entre as características das crianças e famílias, os objectivos das intervenções e o próprio processo e contexto do programa. Só dessa forma terá efeitos positivos na prestação efectiva de serviços." (Pimentel, 2005:193)

As principais dificuldades na avaliação destes programas prendem-se com a especificidade da intervenção, que pretende ser individualizada para cada família/criança e simultaneamente abrangente ao intervir com/na criança, família e comunidade. Com as premissas de diversidade e simultaneamente especificidade de situações que requerem intervenções individualizadas, é fácil depreender que não existem "receitas" para a IPI. De facto, cada caso é um caso e este é um factor que condiciona a avaliação destes programas.

As abordagens tradicionais à questão da avaliação na IPI, nomeadamente aquelas que se desenvolveram até meados dos anos 90 do século XX, incidiram essencialmente na avaliação do produto, uma vez que se preocupavam com a questão de saber se a intervenção era ou não eficaz. Uma abordagem deste tipo dificilmente se enquadra numa realidade com o grau de complexidade da IPI, já que ao valorizar um desenho de pesquisa experimental, são poucos os estudos que recorreram à comparação com um grupo de controlo seleccionado aleatoriamente, quer por razões ligadas a dificuldades na constituição das amostras devido à grande heterogeneidade dos sujeitos, quer por questões éticas. Também a evolução das práticas no campo da IPI com o incremento de uma intervenção centrada na família e na comunidade, desenvolvendo-se nos ambientes

naturais de vida da criança e da família acentua a limitação deste tipo de avaliação. A avaliação deverá então ser descritiva e orientada para os processos, recorrendo a métodos qualitativos ou a metodologias mistas que proporcionam um conjunto de informação complementar que poderá constituir uma fonte mais eficaz de informação para o terreno. A defesa da utilização de métodos mistos na pesquisa desenvolvida no âmbito da IPI é, aliás, hoje partilhada por diversos autores. (Tegethof, 2007)

Seguindo esta linha de pensamento da dificuldade de avaliar os programas de IPI e nos desafios que ela coloca, Shonkoff (2004) reitera as limitações de investigações não experimentais e quasi-experimentais, a necessidade de estudos aleatórios e controlados para responder a questões causais, as barreiras logísticas e económicas que têm que ser ultrapassadas para realizar estudos longitudinais de alta qualidade e bem conduzidos e as preocupações éticas acerca da criação de grupos de controle de crianças vulneráveis e suas famílias sem intervenção. Este autor argumenta que o maior obstáculo à verdadeira informação decorrente da avaliação destes programas é mais uma questão política do que de ciência e que para se compreender esta questão é necessário reconhecer a diferença entre dois objectivos bem distintos da avaliação, a demanda pelo conhecimento para a compreensão ou a demanda do conhecimento para a defesa da IPI. A demanda pelo conhecimento para a compreensão da IPI deve então ser bem-vinda pelos fornecedores de serviços, pelos beneficiários e financiadores como uma fonte importante de novas ideias de como promover o desenvolvimento adequado das crianças. (Shonkoff, 2004)

Assim, é necessário demonstrar que abordagens específicas de intervenção são mais efectivas, que aspectos concretos de cada forma de intervenção levam a melhores resultados, que características dos programas são mais eficazes, assim como que características da criança e da família contribuem para a obtenção de melhores resultados. É a procura de uma maior implicação prática da investigação em IPI, uma investigação que se quer de qualidade e da qual saiam consequências directas para a melhoria das intervenções, também futuras. (Grupo de Atención Temprana, 2000:82)

Segundo Bailey & Simeonsson (1988: 252, citados por Cruz, 2003), em IP a avaliação deve centrar-se no próprio processo de intervenção e procurar fornecer informação útil no sentido de proceder a uma melhoria do serviço prestado às crianças e famílias. (Cruz, Fontes e Carvalho, 2003:35)

Estas recomendações revertem para uma avaliação de processo envolvendo diferentes actores, os beneficiários e os profissionais bem como outros agentes da comunidade. Também em Portugal as recomendações/sugestões existentes da (ainda) pouca

investigação na área se encaminham neste sentido da avaliação de processo, como referem Ruivo e Almeida (2002) "seria ainda necessário desenvolver um sistema de avaliação contínua das práticas no terreno no sentido de uma verdadeira avaliação de processo." (Ruivo e Almeida, 2002:25) Tenta-se assim ultrapassar visões parcelares da realidade com as avaliações de programas de Intervenção Precoce baseados em medidas estreitas e pontuais que conduzem a constatações espúrias sobre a sua eficácia. (Almeida, 2004:71)

Como tem vindo a ser referido, um dos objectivos últimos da avaliação de programas é promover tomadas de decisão válidas para a sua execução e melhoria. Para apoiar tomadas de decisão significativas é então lógico que a avaliação deva envolver as pessoas que vão sofrer os impactos dessas tomadas de decisão e as que vão ser responsabilizadas pela implementação de quaisquer adequações propostas às práticas, nomeadamente as famílias, os técnicos e representantes da comunidade. (Division for Early Childhood of the Council for Exceptional Children, 2007)

Apesar da já referida evidência da necessidade de uma variabilidade de fontes para avaliar um programa, existe um consenso quase universal que a satisfação dos pais é um componente chave para qualquer avaliação de qualquer programa de IPI. (Bailey, Hebbeler, Scarborough, Spiker e Mallik, 2004:888)

Actualmente o sucesso das práticas profissionais na IPI é medido tendencialmente em termos dos níveis de integração, participação e autonomia da criança nos diferentes contextos sociais, da qualidade de vida e da satisfação das famílias, bem como da acessibilidade a diferentes contextos ou coordenação de diversas instituições. Estas variáveis não podem ser enquadradas numa avaliação puramente quantitativa de processos profissionais que são implementados nem podem ser medidas utilizando apenas parâmetros descontextualizados de actividade, como o QI ou o grau de espasticidade. O desejo de introduzir critérios qualitativos que permitam comparar práticas profissionais de acordo com as bases teóricas que lhes estão subjacentes parece ser um desejo comum partilhado pela maioria das pessoas envolvidas na IPI. (Ponte, 2008:26-27)

A *International Society on Early Intervention* criou um instrumento de avaliação para avaliar a gestão da qualidade e as melhores práticas nos centros de IPI em 2009. Este instrumento, o *Standard Forms for Quality Measurements* é um guia para avaliar a participação, a transparência e a reflexividade nos centros de IPI em diferentes níveis, conceptual, estrutural, processos, resultados e sustentabilidade. Para a avaliação de processo são definidas como questões-chave a definição dos processos, a tomada

conjunta de decisões, as funções/responsabilidades e a gestão da informação que serão avaliadas pelo formulário apresentado na Tabela 4. (Pretis, 2009)

Estas avaliações ao nível dos programas fornecem uma visão rica de como o esforço global foi realizado e o que ele significou para as populações-alvo e para a comunidade. (Fisher, Lalach, e Coulton, 2008:201)

Tab. 4: Formulário Avaliação Processo

	PARTICIPAÇÃO	SIM	NÃO	PARCIAL	Comentários	Indicadores
C1	A família/criança e significativos participam em cada nível do processo?				Como?	
C2	As preocupações dos pais são levadas a sério?					
C3	Os processos reflectem as necessidades da criança, dos pais e significativos?					
C4	Os pais dão consentimento para os processos					
C5	Outros aspectos relevantes					

	TRANSPARÊNCIA	SIM	NÃO	PARCIAL	Comentários	Indicadores
C6	Os pais são informados acerca de todos os passos do processo				Como?	
C7	Todos os processos são descritos e documentados				Descrição dos processos	
C8	Todos os documentos relacionados com a família são acessíveis aos pais					

	REFLEXIVIDADE	SIM	NÃO	PARCIAL	Comentários	Indicadores
C9	Os processos representam os termos chave do conceito				Como?	
C10	Os elementos relevantes discutem e partilham periodicamente os processos em curso em equipa					
C11	Outros aspectos relevantes					

Fonte: adaptado de *Standard Forms for Quality Measurements* disponível em http://depts.washington.edu/isei/ptrl/upload/Standard_Forms_of_Evaluation.pdf

Olhando para as várias dimensões da avaliação, na intervenção social e também no caso concreto da Intervenção Precoce, faz então sentido uma avaliação que não seja apenas uma medição de resultados (orientada para objectivos), mas que se debruce também sobre os processos. Sendo uma avaliação na perspectiva dos dinamizadores, interna, realizada por um dos técnicos do projecto, tem as vantagens de "que as aprendizagens e

os contributos se incorporem nos agentes, o volume de informação produzida e tornada disponível e a facilidade em controlar a responsabilidade do avaliador face aos resultados e consequências da avaliação.” (Capucha, Almeida, Pedroso e Silva, 1996:13)

Comporta também alguns riscos, “como sejam: um envolvimento tão acentuado que a avaliação se confunde com a intervenção e se torna auto-justificação do processo (dificuldade de distanciamento crítico), dificuldade de envolver técnicos, parceiros e destinatários da intervenção, o que normalmente só se consegue com algum prejuízo da exigência metodológica; dificuldade da afirmação da autoridade do avaliador face aos responsáveis.” (Capucha, Almeida, Pedroso e Silva, 1996:13) Impõe-se então a vigilância epistemológica na investigação do próprio investigador na realização deste trabalho, como já referido anteriormente.

3.2. Intervenção Precoce na Infância

“The future of any society depends on its ability to foster the health and well-being of the next generation. Stated simply, today’s children will become tomorrow’s citizens, workers, and parents. When we invest wisely in children and families, the next generation will pay that back through a lifetime of productivity and responsible citizenship. When we fail to provide children with what they need to build a strong foundation for healthy and productive lives, we put our future prosperity and security at risk.”⁵

(National Scientific Council on the Developing Child, 2007:1)

Os primeiros anos de vida são cruciais para influenciar o desenvolvimento e a saúde, bem como a integração e participação social ao longo do percurso de vida dos indivíduos. O que acontece com a criança nos primeiros anos é fundamental para a trajetória do seu percurso de vida. De acordo com as normas da política internacional, a infância é definida como o período desde o desenvolvimento pré-natal até aos oito anos de idade. Os economistas afirmam que o investimento na primeira infância é o investimento mais poderoso que um país pode fazer, com um retorno ao longo da vida largamente superior ao montante do investimento inicial. Quando se investe sensatamente nas crianças e famílias a geração seguinte pagará o retorno desse investimento, com uma vida

⁵ O futuro de qualquer sociedade depende da sua capacidade de promover a saúde e o bem-estar da geração seguinte. Dito de uma forma mais simples, as crianças de hoje vão ser os cidadãos de amanhã, os trabalhadores e pais. Quando falhamos em dar às crianças o que elas precisam para construir fundações sólidas para a sua vida saudável e produtiva, pomos em risco o futuro da nossa prosperidade e segurança.

produtiva e de cidadania responsável. (National Scientific Council on the Developing Child, 2007)

Um início de vida saudável dá a cada criança a oportunidade igual para se desenvolver e crescer, tornando-se num adulto que contribui de forma positiva para a comunidade, económica e socialmente. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) existem três razões fulcrais para investir no adequado desenvolvimento das crianças. Em primeiro lugar, a obrigação moral e legal de proteger e promover os direitos das crianças e adolescentes, consagrados na Convenção sobre os Direitos da Criança; em segundo lugar, estes investimentos irão levar à criação de uma sociedade mais saudável nos anos futuros, com consequentes benefícios sociais e individuais, o que complementa o compromisso global para a concretização dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio proclamados pela Organização das Nações Unidas (ONU); por último, irão promover o desenvolvimento económico e a sustentabilidade, com intervenções orientadas para as diferentes fases do desenvolvimento da criança. Esta abordagem ao longo da vida irá conduzir a uma utilização mais eficiente e eficaz dos recursos. (World Health Organization - Regional Office for Europe, 2005)

O desenvolvimento da criança é um processo dinâmico e a trajetória deste processo é moldada por fontes de resiliência, bem como de vulnerabilidades. Tanto a criança como o ambiente têm um papel activo, em que juntos definem a influência de um sobre o outro e durante o qual ambos evoluem numa determinada direcção. Para Sameroff (2000), nem as características da criança nem as do ambiente são independentes ou existem enquanto “formas puras”, para este autor estas características interagem e transformam-se em cada etapa do desenvolvimento. (Sameroff, Lewis e Miller, 2000:15)

A qualidade dos ambientes onde as crianças crescem e se desenvolvem, que devem fornecer cuidados físicos e emocionais, é fundamental para o seu desenvolvimento adequado. Mas os pais não o conseguem fazer sem a ajuda de agências locais, regionais, nacionais ou internacionais. Devem então existir formas de governos e actores da sociedade civil poderem trabalhar em conjunto com as famílias para proporcionar o acesso equitativo a estes ambientes de qualidade para todas as crianças. (Irwin, Siddiqi e Hertzman, 2007)

As dimensões críticas do processo de desenvolvimento infantil são a auto-regulação, o estabelecimento de relações precoces, a aprendizagem e o desenvolvimento de capacidades específicas. (Anderson, Shinn, Fullilove, Scrimshaw, Fielding, Normand, Carande-Kulis e Task Force on Community Preventive Services, 2003:32) Podem ocorrer situações que põem em risco e que podem levar a um atraso neste desenvolvimento.

Nesta situação existe a probabilidade aumentada da ocorrência de uma situação de deficiência.

Estão definidos três tipos de risco de atraso de desenvolvimento, que não são mutuamente exclusivos. O primeiro, o risco estabelecido, é clinicamente comprovado por um diagnóstico médico de uma determinada condição ou síndrome. O segundo, o risco ambiental, verifica-se quando a criança se encontra num ambiente pouco estimulante para desenvolver as suas competências e capacidades. Finalmente, o risco biológico, relacionado com factores pré, peri ou neonatais, nomeadamente no caso de recém-nascidos prematuros ou de partos com complicações. (De Moor, Van Waesberghe, Hosman, Jaeken e Miedema, 1993) Estes autores definem atraso de desenvolvimento como um desvio significativo do padrão de desenvolvimento esperado para a mesma faixa etária e que se pode expressar por um atraso e/ou por uma disfunção de natureza física, cognitiva, emocional ou afectiva.

Quando a criança nasce com uma condição que pode pôr em risco o seu desenvolvimento adequado ou com deficiência comprovada, o seu percurso de vida vai ser afectado pela conjugação de uma série de factores que podem ser atenuantes ou potencializadores das dificuldades que daí advêm. De entre estes factores podemos salientar as características individuais da criança e da família, os recursos intra e extra familiares ou o apoio social.

No desenvolvimento da criança há ainda que levar em linha de conta os chamados períodos sensíveis do desenvolvimento. A maturação cerebral é um processo contínuo que, tal como a construção de uma casa se inicia pelas fundações e vai evoluindo numa sequência ordenada para as restantes estruturas até aos acabamentos finais, que lhe conferem a sua individualidade. Assim, esta maturação da arquitectura cerebral é uma sucessão ordenada de períodos sensíveis de desenvolvimento, estando cada um destes associado à formação de circuitos específicos que, por sua vez, estão associados a competências específicas. O desenvolvimento de competências mais complexas e dos circuitos que lhes estão inerentes baseia-se nos circuitos e competências formados anteriormente. (National Scientific Council on the Developing Child, 2007) Se se perde a janela de oportunidade que os primeiros anos de vida oferecem, torna-se cada vez mais difícil, tanto em termos de tempo como de recursos, criar um percurso de vida de sucesso.

A disponibilidade de programas e serviços de apoio ao desenvolvimento da criança durante os primeiros anos é um componente decisivo numa estratégia global para o sucesso na infância. Estes programas não eliminam todas as desigualdades sociais e

económicas, mas quando intervenções de sucesso são seguidas de investimentos adequados na infância, aumentam a probabilidade de que mais crianças cresçam e se desenvolvam adequadamente para se tornarem adultos que contribuem positivamente para a sociedade. Quando a monitorização do desenvolvimento das crianças é feita de forma contínua, as situações problema são identificadas precocemente e as respostas adequadas são implementadas atempadamente. Para ajudar as crianças em risco ou com atraso de desenvolvimento a desenvolver as competências para potencializar ao máximo as suas capacidades, devem ser desenvolvidos esforços para inscrever todas as crianças elegíveis para programas de IPI. (National Scientific Council on the Developing Child, 2007)

Estes programas podem abranger um ou mais dos domínios chave do desenvolvimento, como o cognitivo, social, emocional ou físico. Este é um aspecto referenciado pela ONU, nomeadamente na resolução A/RES/S-27/2 da Assembleia Geral de Maio de 2002, onde foi adoptado o documento "Um mundo ajustado para as crianças". Neste documento é referido como objectivo para a promoção de vidas saudáveis, entre outros, o desenvolvimento e implementação de políticas nacionais e de programas de apoio para o desenvolvimento da primeira infância, de modo a garantir o adequado desenvolvimento físico, psicológico, social, espiritual e cognitivo das crianças. (Organização das Nações Unidas, 2002)

De acordo com o relatório final sobre o Desenvolvimento da Primeira Infância elaborado para a Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial de Saúde, os governos podem fazer melhorias sustentadas da sociedade através da implementação de políticas que tomem em linha de conta esta situação e, ao mesmo tempo, cumprir as suas obrigações sob a Convenção da ONU sobre os Direitos da Criança. (Irwin, Siddiqi e Hertzman, 2007:5) Esta convenção foi adoptada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990.

Os serviços de saúde encontram-se numa posição única para contribuir para a sinalização de situações que podem comprometer o desenvolvimento das crianças, já que fornecem instalações e serviços que são mais acessíveis, em muitas sociedades, do que qualquer outra forma de serviços. Além da questão da acessibilidade, estes serviços estão vocacionados para a saúde dos indivíduos e das comunidades, empregam profissionais qualificados e são um local principal de contacto para grávidas. Também os serviços de educação se encontram igualmente numa posição privilegiada para esta detecção e sinalização. É recomendado pela ONU que, para fornecer uma educação de qualidade, sejam desenvolvidas e implementadas estratégias especiais para assegurar que a

escolaridade seja prontamente acessível a todas as crianças. Assim, devem ser desenvolvidos e implementados programas inovadores que encorajem as escolas e a comunidade a facilitar a inclusão de todas as crianças, nomeadamente as que têm necessidades especiais ou deficiência, envolvendo neste processo os governos, as famílias, a comunidade e as organizações não governamentais como parceiros, sendo que estas últimas são consideradas como parceiros estratégicos para a afectação de recursos adicionais. (Organização das Nações Unidas, 2002)

Surgem assim os Programas de Intervenção Precoce na Infância (PIPI), que devem ter recursos adaptados às necessidades identificadas, de modo a aumentar a sua eficácia. Estes programas desempenham um papel fundamental na melhoria do desenvolvimento da criança em risco ou com atraso de desenvolvimento, prevenindo ou minorando situações de deficiência. Promovem ainda a sua preparação para a vida adulta como participantes activos na comunidade local e na sociedade em geral. Através desta intervenção as crianças adquirem as competências necessárias para atingir seu pleno potencial.

Apesar da grande diversidade de modelos de PIPI, todos partilham uma crença comum, a de que o desenvolvimento infantil é susceptível às influências dos contextos em que a criança se insere e que investimentos públicos sensatamente direccionados para a primeira infância aumentam as probabilidades de um desenvolvimento adequado. A evidência científica suporta estas premissas. (Shonkoff e Phillips, 2000:10)

Os princípios básicos das neurociências e os processos de desenvolvimento e aprendizagem humanos indicam que uma intervenção precoce nas crianças mais vulneráveis gera um maior retorno. Apesar do potencial grande número de crianças apoiadas, com o consequente gasto que isto implica, a investigação indica que este investimento em intervenções de qualidade irá originar um retorno futuro substancial, pago em impostos de mais adultos produtivos e por um decréscimo nos gastos públicos com educação especial, reabilitação e assistência social. (National Scientific Council on the Developing Child, 2007:12)

Desde o seu aparecimento nos Estados Unidos da América na década de 60 do século XX que estes programas preconizam o envolvimento activo das famílias e a participação dos serviços de saúde, educação e de segurança social como parceiros no seu desenvolvimento e implementação. (Meisels e Shonkoff, 2000:15)

A IPI é reconhecida internacionalmente pela UNESCO desde a Declaração de Salamanca, como se pode ler no parágrafo 53º: "Assim, os programas de atendimento e de educação das crianças até aos 6 anos devem ser desenvolvidos e/ou reorientados, a fim de

promover o desenvolvimento físico, intelectual e social e a preparação para a escola. Estes programas constituem um investimento considerável para o indivíduo, a família e a sociedade, no sentido em que impedem o agravamento das condições incapacitantes. Os programas a este nível devem reconhecer o princípio da inclusão e desenvolver-se de forma global, combinando as actividades pré-escolares com os cuidados precoces de saúde.” (UNESCO, 1994:33)

Nas conclusões e recomendações da 48ª sessão da Conferência Internacional de Educação da UNESCO, que decorreu em 2008, é novamente recomendado no ponto 12 o desenvolvimento de programas de cuidados e educação para a 1ª infância que promovam a inclusão, bem como a detecção e intervenção precoces relacionadas com o desenvolvimento global da criança. (UNESCO, 2008)

Surge referenciada como acção de pré-requisito para as principais estratégias de inclusão das crianças com deficiência na recomendação do Comité de Ministros do Conselho da Europa de 3 de Fevereiro de 2010, no ponto 22.3 desta recomendação, onde os programas de Intervenção Precoce são, juntamente com outros serviços de intervenção comunitária, identificados como uma prioridade de financiamento e desenvolvimento pelos estados membro na prevenção da institucionalização destas crianças. (Conselho da Europa - Comité de Ministros, 2010)

A IPI é actualmente também recomendada e considerada como um imperativo para a inclusão das crianças com deficiência, como um instrumento para superar as desigualdades individuais derivadas da incapacidade e assim prevenir a sua futura exclusão escolar e social. (Grupo de Atención Temprana, 2000)

A legislação portuguesa em vigor para a IPI, o Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de Outubro, prevê a criação do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), que “funciona por articulação das estruturas representativas dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação, em colaboração directa com as famílias.” (Decreto-Lei Nº281/2009 de 6 de Outubro:7298) Neste Decreto-Lei são estipuladas no Artigo 5º as competências de cada um dos ministérios, a saber:

“a) Ao Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social compete:

i) Promover a cooperação activa com as IPSS e equiparadas, de modo a celebrar acordos de cooperação para efeitos de contratação de profissionais de serviço social, terapeutas e psicólogos;

ii) Promover a acessibilidade a serviços de creche ou de ama, ou outros apoios prestados no domicílio por entidades institucionais, através de equipas multidisciplinares,

assegurando em conformidade o Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP) aplicável;

iii) Designar profissionais dos centros distritais do Instituto da Segurança Social, I. P., para as equipas de coordenação regional

b) Ao Ministério da Saúde compete:

i) Assegurar a detecção, sinalização e accionamento do processo de IPI;

ii) Encaminhar as crianças para consultas ou centros de desenvolvimento, para efeitos de diagnóstico e orientação especializada, assegurando a exequibilidade do PIIP aplicável

iii) Designar profissionais para as equipas de coordenação regional;

iv) Assegurar a contratação de profissionais para a constituição de equipas de IPI, na rede de cuidados de saúde primários e nos hospitais, integrando profissionais de saúde com qualificação adequada às necessidades de cada criança;

c) Ao Ministério da Educação compete:

i) Organizar uma rede de agrupamentos de escolas de referência para IPI, que integre docentes dessa área de intervenção, pertencentes aos quadros ou contratados pelo Ministério da Educação;

ii) Assegurar, através da rede de agrupamentos de escolas referência, a articulação com os serviços de saúde e de segurança social;

iii) Assegurar as medidas educativas previstas no PIIP através dos docentes da rede de agrupamentos de escolas de referência que, nestes casos, integram as equipas locais do SNIPI;

iv) Assegurar através dos docentes da rede de agrupamentos de escola de referência, a transição das medidas previstas no PIIP para o Programa Educativo Individual (PEI), de acordo com o determinado no artigo 8.º do Decreto -Lei n.º 3/2008, de 7 de Janeiro, alterado pela Lei n.º 21/2008, de 12 de Maio, sempre que a criança frequente a educação pré -escolar;

v) Designar profissionais para as equipas de coordenação regional.” (Decreto-Lei Nº281/2009 de 6 de Outubro:7299)

É ainda referido no ponto 3 deste mesmo Artigo 5º que os três ministérios envolvidos “... podem proceder à contratualização das instituições particulares de solidariedade social (IPSS), necessárias à exequibilidade das medidas tomadas no âmbito do SNIPI” e no

ponto 2 do artigo 7º que as equipas locais de intervenção se encontram sediadas, entre outros, em IPSS convencionadas para o efeito. (Decreto-Lei Nº281/2009 de 6 de Outubro:7300)

Ficam assim asseguradas a articulação entre os serviços de saúde, educação e segurança social, bem como o envolvimento de organizações do terceiro sector, nomeadamente das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e equiparadas, para a afectação de recursos necessários para a implementação destes programas, como preconizado pelo enquadramento teórico que suporta a IPI e de acordo com as recomendações internacionais.

A investigação em IPI tem também demonstrado o efeito positivo destes programas na resolução de situações de atraso no desenvolvimento das crianças, bem como na prevenção da deficiência e no minorar das suas consequências para a inclusão na vida familiar, escolar e social destas crianças. De acordo com Tegethof, a primeira geração de investigação em IPI, referente a programas que se desenvolveram na década de 60 do século XX nos Estados Unidos da América incidiu na procura de respostas relativas à questão da eficácia da intervenção precoce. Ficaram aqui comprovados os resultados positivos, a curto prazo, de muitas intervenções destinadas a crianças de risco ambiental, biológico ou com deficiência. (Tegethof, 2007:233) Investigações posteriores aumentaram o conhecimento da natureza transaccional do processo de desenvolvimento, bem como dos benefícios potenciais dos programas de IPI. A concepção destas intervenções reflecte uma série de perspectivas culturais e conceptuais e foi alicerçada numa diversidade de práticas baseadas na teoria e em dados empíricos. (Meisels e Shonkoff, 2000)

Mas a implementação de programas de IPI não é tarefa fácil, pela complexidade e abrangência da sua actuação, como é reconhecido pela *Internacional Society on Early Intervention*: Proporcionar programas eficazes de intervenção precoce para crianças vulneráveis e as suas famílias constitui um dos desafios mais importantes para as sociedades contemporâneas. O estado da arte da intervenção requer a contribuição de especialistas de várias disciplinas, a construção de programas que estão firmemente enraizados na pesquisa biomédica e comportamental, um componente de desenvolvimento do programa que seja capaz de incorporar os resultados da investigação emergentes e os advogados e administradores para assegurar que o financiamento, o pessoal, os recursos e as políticas estão disponíveis e são compatíveis com a base de conhecimento e os objectivos da intervenção precoce. (International Society on Early Intervention) Reforçando esta ideia, Meisels e Shonkoff (2000) referem como o principal desafio para os programas de IPI a fusão do conhecimento profundo de

teóricos e profissionais com o talento criativo daqueles que delineiam e implementam políticas sociais. (Meisels e Shonkoff, 2000)

Apesar de existirem princípios transversais a qualquer programa deste tipo, os seus recursos devem ser calculados de forma a responder às necessidades específicas do contexto onde vai ser implementado. De facto, segundo Meisels e Shonkoff, uma das conclusões mais importantes que emerge da literatura de pesquisa é o reconhecimento de que a eficácia dos programas depende da sua adequada implementação. (Meisels e Shonkoff, 2000:19) Ainda segundo Shonkoff as características essenciais de um PIPI eficaz são a prestação de serviços individualizados, a elevada qualidade da sua implementação, conhecimento e competências adequadas dos prestadores e relações positivas estabelecidas entre as famílias e os profissionais. (Shonkoff, 2004:3)

Um dos princípios básicos da IPI é que a intervenção seja realizada no contexto natural da criança, o contexto domiciliário ou educativo. A Educação Inclusiva prepara também as outras crianças e a comunidade para promover a inclusão, facilitando assim que estes sejam mais receptivos e solidários para com as crianças com Necessidades Especiais, cimentando assim as fundações de uma sociedade inclusiva.

O conceito de Intervenção Precoce tem em conta dois aspectos intimamente relacionados: a idade da criança e a própria intervenção. Pode ser definida como o conjunto de actividades orientadas para a criança e de indicações para os pais que são implementadas directamente e em consequência da identificação de uma situação de atraso do desenvolvimento. A Intervenção Precoce pertence à criança, bem como aos pais, à família e à rede mais alargada. (De Moor, Van Waesberghe, Hosman, Jaeken e Miedema, 1993)

É definida pelo *Grupo de Atención Temprana* como o conjunto de intervenções dirigidas à população entre os 0 e os 6 anos de idade, à sua família e contextos de vida, que têm como objectivo dar resposta o mais cedo possível às necessidades transitórias ou permanentes apresentadas pelas crianças com alterações no seu desenvolvimento, ou em risco de as virem a apresentar. Estas intervenções, que devem considerar a globalidade da criança, devem ser planificadas por uma equipa de profissionais com orientação inter ou transdisciplinar. (Grupo de Atención Temprana, 2000:13)

O grupo de especialistas responsável pela análise da situação da IPI na Europa da *European Agency for Development in Special Needs Education* sugeriu a seguinte definição operacional: "A IPI é um conjunto de serviços/recursos para crianças em idades precoces e suas famílias, que são disponibilizados quando solicitados pela família, num

certo período da vida da criança, incluindo qualquer acção realizada quando a criança necessita de apoio especializado para:

- Assegurar e incrementar o seu desenvolvimento pessoal,
- Fortalecer as auto-competências da família
- Promover a sua inclusão social.

Estas acções devem ser realizadas no contexto natural das crianças, preferencialmente a nível local, com uma abordagem em equipa multi-dimensional orientada para a família.” (European Agency for Development in Special Needs Education, 2005:17-18)

De acordo com a legislação portuguesa em vigor, é definida como “o conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo acções de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da acção social.” (Decreto-Lei Nº281/2009 de 6 de Outubro:7298) . Ainda segundo este Decreto-Lei abrange crianças entre os 0 e os 6 anos com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam a participação nas actividades típicas para a respectiva idade e contexto social ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, bem como as suas famílias.

De facto, a IPI é direccionada para todas as crianças que apresentem risco de ou atraso do desenvolvimento e o apoio deverá ser prestado desde o momento em que esta condição é identificada até que atinja a idade de início da escolaridade obrigatória. Deve incluir todo o processo desde a detecção e sinalização o mais precoces possível, até à intervenção directa e encaminhamento. (De Moor, Van Waesberghe, Hosman, Jaeken e Miedema, 1993)

Nas várias definições de IPI estão contemplados aqueles que são considerados como os seus aspectos fundamentais:

- “É dirigida a crianças até 6 anos (com ênfase especial até aos 3 anos);
- É dirigida a crianças com deficiência, perturbações do desenvolvimento ou em risco de virem a manifestar essas perturbações;
- É dirigida à criança na sua globalidade e não apenas aos aspectos deficitários do desenvolvimento;
- Visa assegurar as condições para o bom desenvolvimento;
- É uma medida integrada (ao nível da saúde, educação e protecção social);

- É dirigida não só à criança como à família e ao contexto.” (Franco e Apolónio 2008:20)

A IPI pressupõe então uma série de acções conjuntas direccionadas para a criança, para a família e para os seus contextos imediatos. (Ponte, 2008) “Por esta razão a Intervenção Precoce tem como potencial não se situar num dos campos clássicos de intervenção (nomeadamente a educação, a saúde ou a educação especial), mas na intersecção de todos os sistemas e práticas que têm como alvo a criança pequena.” (Franco e Apolónio, 2008:19)

A IPI deve possibilitar a adopção de medidas destinadas à prevenção, à detecção precoce do risco de deficiência e à intervenção como processo, visando conseguir o máximo do desenvolvimento físico, mental e social das crianças a quem se destina. (Grupo de Atención Temprana, 2000) Deve responder às necessidades de reforçar a presença da criança nas novas condições de vida, protegendo assim eficazmente a sua condição de sujeito activo. Deve também responder às necessidades de gerar estabilidade e auto-suficiência com maior intensidade dentro das novas esferas da vida familiar, permitindo assim que a família cumpra a sua função social. Deve ainda responder às necessidades de sensibilizar, orientar e coordenar recursos da comunidade para a criança e família, de conservar, melhorar e tornar competitivo o património da complexidade que representa a cultura interdisciplinar na metodologia "caso a caso" e de promover a cultura de auto-avaliação através do exame "passo a passo" dos procedimentos e rotinas de trabalho. (Ponte, 2008)

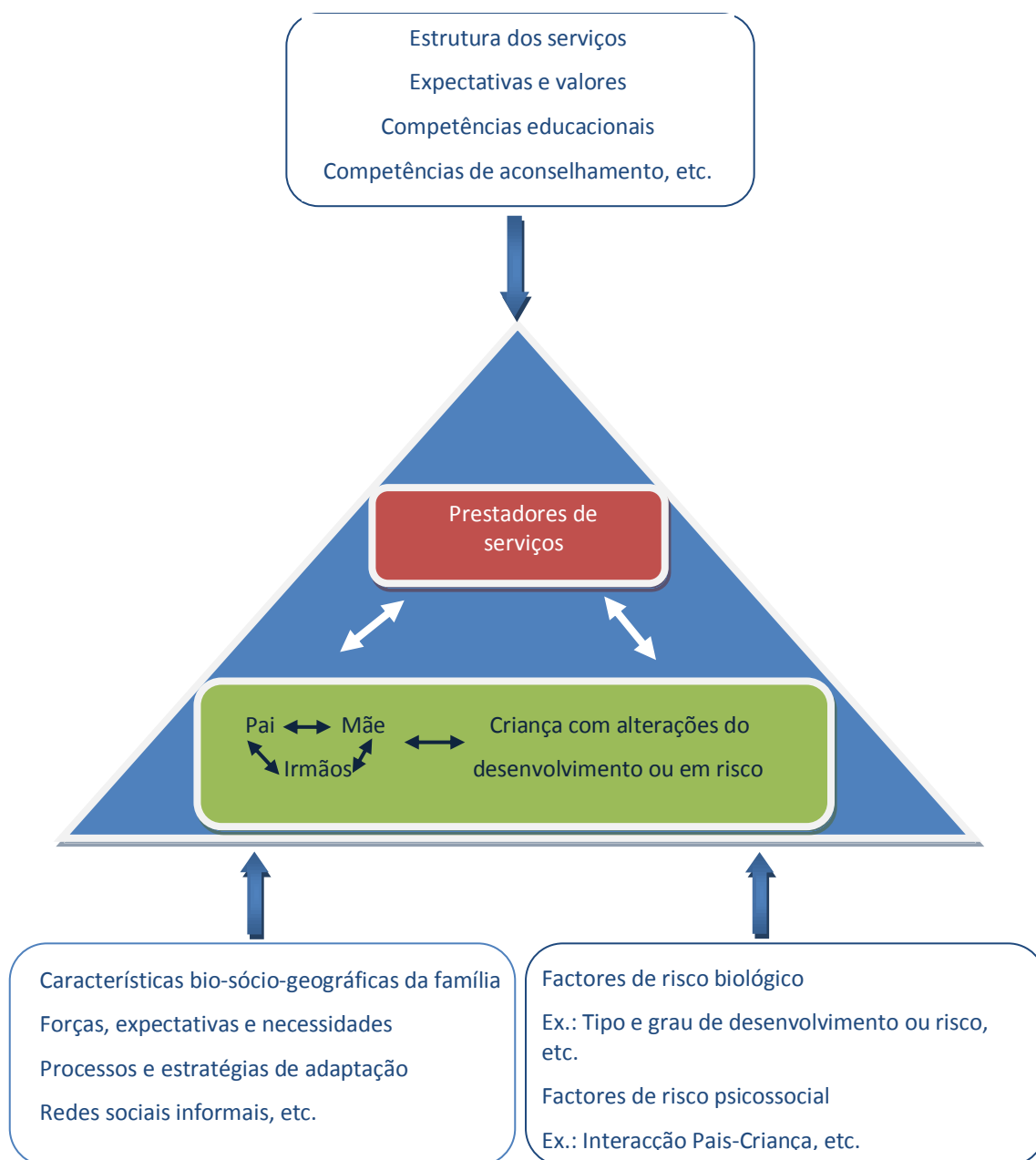
Como finalidades da Intervenção Precoce são identificadas: “a detecção das deficiências (diagnóstico), a prevenção das dificuldades futuras e a estimulação da criança e/ou do seu ambiente. Três questões-chave são aqui abordadas: em primeiro lugar a intervenção precoce diz respeito à primeira infância (especialmente dos 0 aos 3 anos), pelo que não deve ser confundida com educação pré-escolar; em segundo lugar a intervenção precoce pressupõe uma abordagem multidisciplinar (diversas áreas disciplinares estão envolvidas e devem trabalhar em conjunto) e também uma abordagem ecológica (o enfoque não é exclusivamente centrado na criança mas na criança, na família e na comunidade).” (European Agency for Development in Special Needs Education, 2003:55)

Para colocar em evidência algumas das variáveis que interagem no processo dinâmico da IPI é sugerido na Figura 1 um modelo em triângulo, que pretende revelar a complexidade da intervenção que, para ser eficaz implica uma atenção a todos estes aspectos. (Breia, Almeida e Colôa, 2004)

Desde o início da história da IPI, na década de 60 do século XX, chamada na altura de Estimulação Precoce, a orientação dos seus objectivos, procedimentos e campos de

actuação têm-se vindo a alterar. Actualmente “o principal objectivo da IPI é que as crianças que apresentam alterações do desenvolvimento ou estão em risco de as sofrer recebam, em conformidade com um modelo que considere os aspectos bio-psico-sociais, tudo o que a partir de um ponto de vista da prevenção e do bem-estar, pode promover as suas capacidades de desenvolvimento e bem-estar, tornando possível, no sentido da família a sua integração no seio familiar, escolar e nas esferas sociais, bem como a conquista da sua autonomia pessoal.” (Grupo de Atención Temprana, 2000:17), (Ponte, 2008:36)

Figura 1 – Modelo em triângulo da IPI



Fonte: adaptado de Conceitos e Práticas em Intervenção Precoce (Breia, Almeida e Colôa 2004:26)

Os objectivos definidos na legislação em vigor para a IPI no nosso país são:

- “a) Assegurar às crianças a protecção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades, através de acções de IP em todo o território nacional;
- b) Detectar e sinalizar todas as crianças com risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo ou risco grave de atraso de desenvolvimento;
- c) Intervir, após a detecção e sinalização nos termos da alínea anterior, em função das necessidades do contexto familiar de cada criança elegível, de modo 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 através da criação de mecanismos articulados de suporte social.” (Decreto-Lei Nº281/2009 de 6 de Outubro:7299)

É também preconizada a elaboração de um Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP), onde devem estar descritos os objectivos específicos para a criança e para a família, baseados nas necessidades identificadas. Deve ainda definir os critérios, os métodos e o intervalo de tempo para atingir os objectivos da intervenção, especificar quais os serviços que será necessário envolver para atingir cada objectivo, bem como identificar o gestor de caso, elemento responsável pela implementação do PIIP. (Meisels e Shonkoff, 2000:22)

O PIIP é também contemplado na legislação portuguesa para a IPI, sendo a sua elaboração referida na alínea d) do ponto 4 do Artigo 7º do Decreto-Lei Nº281/2009, de 6 de Outubro como competência da Equipa Local de Intervenção (ELI). A sua constituição e conteúdo são definidos no Artigo 8º:

“1 — O plano individual da intervenção precoce (PIIP), elaborado nos termos da alínea d) do n.º 4 do artigo anterior, consiste na avaliação da criança no seu contexto familiar, bem como na definição das medidas e acções a desenvolver de forma a assegurar um processo adequado de transição ou de complementaridade entre serviços e instituições.

2 — No PIIP devem constar, no mínimo, os seguintes elementos:

- a) Identificação dos recursos e necessidades da criança e da família;
- b) Identificação dos apoios a prestar;
- c) Indicação da data do início da execução do plano e do período provável da sua duração;

d) Definição da periodicidade da realização das avaliações, realizadas junto das crianças e das famílias, bem como do desenvolvimento das respectivas capacidades de adaptação;

e) Procedimentos que permitam acompanhar o processo de transição da criança para o contexto educativo formal, nomeadamente o escolar;

f) O PIIP deve articular -se com o PEI, aquando da transição de crianças para a frequência de jardins -de - infância ou escolas básicas do 1.º ciclo.” (Decreto-Lei Nº281/2009 de 6 de Outubro:7300)

Neste PIIP elaborado pelas ELI multidisciplinares devem estar representados todos os serviços chamados a intervir, deve atender às necessidades da família/criança e ter em conta as potencialidades do desenvolvimento, bem como as alterações do ambiente necessárias para o seu pleno progresso. Para tal é preconizada a utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens, da Organização Mundial de Saúde. (Decreto-Lei Nº281/2009 de 6 de Outubro:7298)

Mais do que uma resposta social, a Intervenção Precoce é uma filosofia de intervenção cujos princípios orientadores privilegiam um modelo ecológico de intervenção, estruturado de acordo com planos individuais e que pressupõe uma metodologia interactiva, uma equipa multidisciplinar, uma atitude de avaliação contínua, a interacção entre famílias e técnicos e o trabalho em rede. Esta forma específica de intervenção comunitária engloba um grande número de diferentes prestações de serviços, que variam em função de diversos factores, tais como as necessidades da criança e da família, as suas prioridades, os recursos disponíveis ou o modelo teórico dos técnicos. Implica assim uma grande diversidade de acções que vão exigir uma constante adaptação, formação e actualização por parte dos técnicos envolvidos, bem como uma atitude de avaliação constante, quer em relação ao processo de intervenção, quer em relação aos efeitos e impacto da intervenção.

Reforça-se então que a “Intervenção Precoce é predominantemente uma organização de serviços e recursos, portanto com carácter multidisciplinar. Sem estruturas de saúde bem organizadas e capazes de realizar um rastreio precoce e um acompanhamento a nível de saúde destas crianças, sem redes sociais organizadas, sem a garantia por parte da Segurança Social de um trabalho com a família e de uma rede da comunidade e sem um sistema educativo realmente capaz de prestações muito diferenciadas, a Intervenção Precoce permanecerá letra morta.” (Bairrão e Almeida, 2003:27)

3.2.1. Modelos teóricos da IPI

A ciência do desenvolvimento da criança tem crescido consideravelmente nas décadas recentes. Este conhecimento em actualização contínua tem tido contributos de uma diversidade de disciplinas académicas, entre as quais a psicologia, a antropologia, a sociologia ou as neurociências. Embora muito do conhecimento actual das raízes precoces do desenvolvimento humano seja derivado das ciências sociais, uma recente onda de interesse na biologia do desenvolvimento cerebral e a medida em que este é influenciado pelas experiências individuais, tem sublinhado a necessidade de uma avaliação reflexiva e interdisciplinar daquilo que sabemos e de como o podemos aplicar construtivamente. (Meisels e Shonkoff, 2000)

O desenvolvimento implica uma mudança e tem sempre uma dimensão temporal. O desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida caracteriza-se pela progressiva aquisição de diversas funções, como por exemplo a marcha, a linguagem ou a interacção social. Esta aquisição de funções está intimamente ligada à maturação do sistema nervoso central, que se iniciou ainda antes do nascimento, na vida intra-uterina, bem como à organização mental e emocional. Assim, o desenvolvimento é fruto da interacção entre os factores biológicos e ambientais.

Nos factores biológicos, a base genética que é específica de cada pessoa, determina as capacidades próprias do desenvolvimento pessoal e até agora não nos é possível modificá-la. Os factores ambientais que podem ser de ordem biológica ou social, vão modular este mesmo ambiente para determinar a possibilidade de expressão ou de latência de algumas das características genéticas. Como exemplo de factores ambientais de ordem biológica temos a manutenção da homeostase, o estado de saúde ou a ausência de factores agressores para o sistema nervoso. Factores ambientais de ordem psicológica e social são, por exemplo, a interacção da criança com o ambiente, os vínculos afectivos que estabelece a partir do afecto e estabilidade nos cuidados que recebe ou a percepção do que e quem o rodeia. Estas condições, que constituem necessidades básicas do ser humano, são determinantes no desenvolvimento emocional, das funções comunicativas, de comportamentos adaptativos e da atitude perante a aprendizagem. (Grupo de Atención Temprana, 2000)

Consideram-se três grandes domínios no desenvolvimento infantil que estão interligados e que são igualmente importantes: o físico, o social e o emocional e da linguagem, aos quais a IPI de qualidade deve dar atenção e nos quais deve intervir.

São identificados sete conceitos fundamentais do desenvolvimento infantil:

- O desenvolvimento infantil é um alicerce para o desenvolvimento da comunidade e para o desenvolvimento económico, já que crianças capazes são as fundações de uma sociedade próspera e sustentável.
- O cérebro é construído ao longo do tempo.
- As influências interactivas entre a constituição genética e as experiências literalmente moldam a arquitectura do cérebro em desenvolvimento e seu ingrediente activo é a natureza de dar e receber do envolvimento da criança nas relações com os pais e outros cuidadores da família ou comunidade.
- Tanto a arquitectura do cérebro como as capacidades em desenvolvimento são construídas de baixo para cima, em que circuitos e competências mais simples funcionam como o andaime para a construção de circuitos e competências mais complexas ao longo do tempo.
- As competências cognitivas, emocionais e sociais estão intrinsecamente interligadas ao longo da vida.
- O stress tóxico na primeira infância está associado a efeitos persistentes no sistema nervoso e nos sistemas hormonais do stress que podem prejudicar a arquitectura do cérebro em desenvolvimento e levar a problemas de aprendizagem e comportamentais bem como da saúde física e mental.
- Criar as condições adequadas para o desenvolvimento da criança na primeira infância parece ser mais eficaz e económico do que resolver os problemas que daí possam advir em idades mais avançadas. (National Scientific Council on the Developing Child, 2007)

A interacção com os pares é também relevante para o desenvolvimento da criança, já que aprendem muito umas com as outras. Aprendem a partilhar, a estabelecer uma interacção recíproca, a ter em conta as necessidades e vontades do outro e a controlar os seus impulsos. Mas só o estar perto de outras crianças não é suficiente, o desenvolvimento da amizade é essencial já que a criança aprende e brinca mais eficazmente na relação criada com outras crianças significativas para si do que ao lidar com o desafio social de interagir em encontros casuais ou com outras crianças que não sejam significativas para ela. (National Scientific Council on the Developing Child, 2004)

“Daqui decorre que as estratégias e programas de intervenção, hoje em dia, considerem tanto os aspectos pessoais e intraindividuais do desenvolvimento (condição biológica, física, emocional e cognitiva), como os aspectos relacionais e transaccionais (nomeadamente dentro da família), como ainda as dimensões sistémicas e contextuais

do desenvolvimento (o ambiente social, cultural e político-organizacional).” (Franco e Apolónio, 2008:19)

As bases teóricas que suportam a IPI relacionam-se com o desenvolvimento da criança e assentam no Modelo Transaccional do Desenvolvimento de Sameroff, na Teoria Geral dos Sistemas de Von Bertalanffy e no Modelo Ecológico de Desenvolvimento de Bronfenbrenner. A sua relevância pela precocidade da intervenção é também fundamentada pelos contributos das neurociências, que realçam a extensão em que a interacção entre a componente genética e as experiências precoces criam fundações sólidas ou frágeis para a aprendizagem, para o comportamento ou para a saúde futuras, mas principalmente no que diz respeito à plasticidade cerebral nos primeiros anos de vida.

A plasticidade cerebral refere-se à capacidade que o cérebro tem para se adaptar alterando algumas das suas propriedades morfológicas e funcionais em resposta às alterações do ambiente e esta capacidade tem o seu apogeu na primeira infância. Embora se mantenham abertas durante anos janelas de oportunidade para o desenvolvimento de capacidades e para adaptações comportamentais, tentar mudar comportamentos ou adquirir novas competências com fundações inadequadas de circuitos cerebrais que não foram ligados de forma correcta no seu desenvolvimento inicial requer mais trabalho e é mais “caro”, quer para o cérebro, quer para a sociedade. (National Scientific Council on the Developing Child, 2007:12) O recente enfoque na intervenção até aos 3 anos como um período particularmente sensível ou crítico do desenvolvimento é problemático, não só porque é um período decisivo para o cérebro em desenvolvimento, mas simplesmente porque esta atenção desproporcionada a esta faixa etária começa muito tarde e acaba muito cedo. (Shonkoff e Phillips, 2000) Assim, quanto mais cedo se intervir, menor será o dano ou a sequela e mais adequado o desenvolvimento da criança.

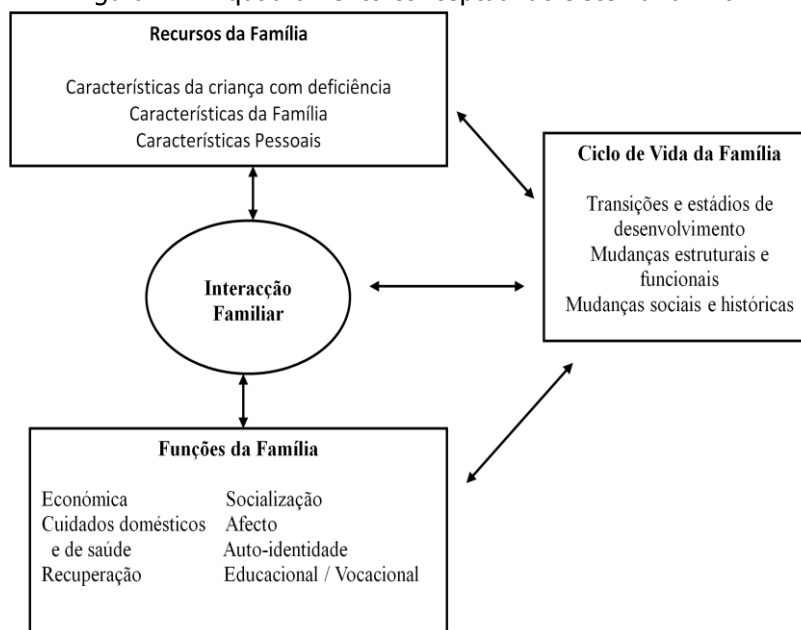
Enquanto a predisposição genética e as características biológicas explicam em parte como o ambiente e as experiências precoces moldam o desenvolvimento infantil, a evidência leva-nos também a considerar a criança como um actor social que molda e é moldada por esse mesmo ambiente. É nesta premissa que se baseia o Modelo Transaccional, que enfatiza como principal força motriz do desenvolvimento da criança as suas relações. (Irwin, Siddiqi e Hertzman, 2007)

O Modelo Transaccional foi primeiro definido por Sameroff e Chandler em 1975 e valorizava a importância das trocas interactivas entre a criança e os prestadores de cuidados. “Ao expor o modelo transaccional, Sameroff faz uma revisão da teoria geral

dos sistemas de Von Bertalanffy realçando a importância de distinguir entre sistemas fechados - estruturas específicas cujas operações são redutíveis a alguns princípios básicos - e sistemas abertos - estruturas que mantêm a sua organização apesar da troca entre as suas várias partes e o ambiente.” (Pimentel, 2005:30) Olhando para a família numa perspectiva sistémica (ver Figura 2), esta é um sistema dinâmico, que tem determinadas características, tipologia, estrutura, fronteiras, funções e um ciclo de vida e é composto por vários elementos que mantêm uma relação de interdependência. Acções que têm efeito num dos seus elementos vão também ter efeitos nos restantes elementos desse sistema.

Posteriormente Samerof e Fiese (1990), citados por Breia (2004), vão definir a “perspectiva transaccional como o estudo das relações biunívocas de efeitos recíprocos entre o meio ambiente e a criança, bem como a importância que estas vão ter no seu desenvolvimento.” (Breia, Almeida e Colôa, 2004:32) Este modelo fornece as bases teóricas para uma intervenção em que o enfoque não pode ser só na criança, mas também na família e no meio ambiente, já que estes são factores que vão condicionar o desenvolvimento da criança. “Assim, uma situação de risco biológico pode ser atenuada ou ultrapassada criando um contexto de desenvolvimento favorável à criança, tal como um contexto desfavorável pode pôr em causa o desenvolvimento normal de uma criança.” (Almeida, 2000:36)

Figura 2 - Enquadramento conceptual do sistema familiar

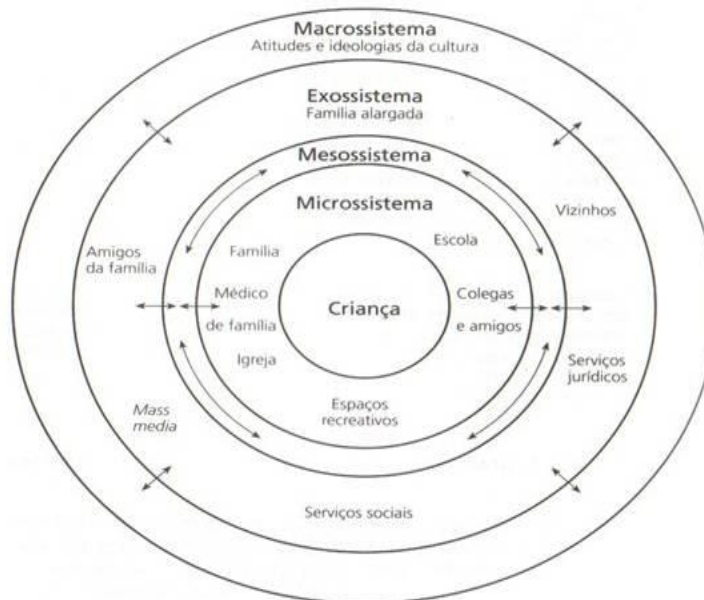


Fonte: adaptado de "Envolvimento Parental em Intervenção Precoce (Correia e Serrano, 1998:20)

Bronfenbrenner em 1979 vai alargar esta perspectiva e descrever um sistema interactivo no qual a criança cresce e se desenvolve. A criança aparece no centro de um sistema ecológico caracterizado por uma rede complexa de inter-relações através do qual o desenvolvimento se processa. Ao inserir a criança no contexto alargado da família, vizinhança, comunidade e sistema institucional, o desenvolvimento resulta das interacções e transacções entre a criança e o ambiente ao longo do tempo, analisado de modo continuado e tendo em conta a família e os contextos mais alargados onde se movimenta. "Assim, o desenvolvimento não pode ser considerado como um factor isolado, mas terá antes de ser analisado em diferentes momentos ao longo do tempo e dentro dos diferentes contextos de vida da criança e da família." (Almeida, 1997)

Neste modelo são definidos os vários ecossistemas nos quais a criança se encontra, como demonstrado na Figura 3. O Microssistema, que se refere aos contextos mais próximos da criança (família, Jardim de Infância, etc.), o Mesossistema que são as interacções entre os elementos do microssistema, o Exossistema, constituído pelas estruturas sociais cujos componentes têm impacto directo nos meso e microssistema e o Macrossistema, o conjunto de crenças, atitudes, valores, ideologias e aspectos normativos de determinada cultura. (Breia, Almeida e Colôa 2004:34)

Figura 3: Modelo Ecológico de Desenvolvimento de Bronfenbrenner



Fonte: adaptado de The Child Development in a Social Context (Kopp e Krakow, 1982:648)

Nesta perspectiva, as relações que se estabelecem entre os diferentes níveis do sistema são recíprocas e interdependentes, pelo que os acontecimentos ou alterações que se processem num determinado nível vão ter consequências nos outros níveis.

Exemplificando, um determinado acontecimento em casa vai ter influência no comportamento da criança no Jardim de Infância e vice-versa, assim como uma alteração das normas do macrosistema, na legislação, por exemplo, vai ter influências que se vão estender até à criança, passando pelos diferentes sistemas, exo, meso e microsistema.

Posteriormente em 1998 Bronfenbrenner apresenta o Modelo Bioecológico, onde chama a atenção para a importância das características da pessoa em desenvolvimento. Defende que esse desenvolvimento depende de quatro componentes: os processos, a criança, o contexto e o tempo e das suas interrelações. Define então os processos como as interações que a criança estabelece com os elementos dos contextos, a criança com as suas características que facilitam as interações, o contexto com as suas características que influenciam a criança em desenvolvimento e o tempo como a sequência temporal em que as interações se processam. (Breia, Almeida e Colôa, 2004)

Não faz então sentido intervir num problema isoladamente sem o tentar compreender dentro do sistema de factores que com ele interferem. A intervenção para ser eficaz tem que ser consistente com a ecologia dos sistemas em que a criança e a família se inserem. (Almeida, 1997) Aceitando então esta “perspectiva ecológico-transaccional do desenvolvimento humano, é importante ter presente que tal perspectiva tem paralelamente implicações conceptuais e organizacionais. Isto é, tem implicações sobre como fazer Intervenção Precoce tendo em conta a complexidade do processo de desenvolvimento e, simultaneamente, sobre como organizar serviços e recursos de forma a que estes possam responder adequadamente às necessidades das crianças e das famílias.” (Bairrão e Almeida, 2003:16) Como tal, as práticas de IPI devem ter em conta a diversidade de contextos em que a criança e a família desenvolvem as suas rotinas diárias, que diferem de criança para criança, de família para família e, muitas vezes, numa mesma família de momento para momento.

3.2.2. História da IPI

3.2.2.1. Aparecimento e evolução da IPI

Desde as suas origens o desenvolvimento da IPI não tem sido uniforme nos diferentes países. O estabelecimento de objectivos, a alocação e financiamento de recursos, a legislação, a formação de profissionais, entre outros, são alguns dos elementos que criam uma diversidade no panorama da IPI a nível mundial. O ponto comum é, no entanto, a consolidação da IPI como um serviço de referência para as crianças com distúrbios no desenvolvimento ou em risco de os sofrerem e suas famílias. Vamos abordar em primeiro

lugar o aparecimento e evolução da IPI nos Estados Unidos da América, já que é aqui que se encontram as suas origens.

As raízes filosóficas e pragmáticas da IPI emergiram numa diversidade de domínios, da educação na primeira infância, da saúde materno-infantil, da educação especial e do estudo do desenvolvimento infantil. As interações entre os profissionais especializados e as circunstâncias sócio-políticas ajudaram a lançar as fundações para o desenvolvimento de políticas públicas, educacionais e de saúde pública. Os serviços de IPI foram fortemente influenciados por movimentos de educação pré-escolar que tinham como principais características o enfoque num currículo centrado na criança, a valorização das aplicações práticas das teorias do desenvolvimento e a crença na importância fundamental dos primeiros anos no desenvolvimento futuro de competências sociais, emocionais e intelectuais. A convicção na responsabilidade da sociedade em proporcionar cuidados e protecção à primeira infância, o compromisso com as necessidades especiais de crianças particularmente vulneráveis e o sentimento de que a prevenção é melhor do que o tratamento e que intervir precocemente é melhor do que tratar são os três temas que reflectem o espírito do aparecimento da IPI. (Meisels e Shonkoff, 2000)

O emergir das perspectivas sistémicas, transaccionais e bioecológicas veio abrir o caminho àquilo que hoje se designa como a terceira geração de programas de IPI com práticas baseadas na evidência, que enfatizam as variáveis do sistema social e do meio envolvente associadas à promoção do desenvolvimento das crianças e ao fortalecimento das famílias. Assistiu-se a uma evolução gradual de uma primeira geração de programas centrados na criança, com práticas, muitas vezes, monodisciplinares e fragmentadas, para programas centrados na família, que progressivamente começaram a envolver a comunidade, como o terceiro parceiro da intervenção, com uma prática interdisciplinar, ou mesmo, transdisciplinar, desenvolvida de uma forma integrada com base na colaboração entre serviços e recursos da comunidade e prestada nos contextos naturais de vida das crianças e das famílias. (Tegethof, 2007)

A nível internacional a IPI surgiu na década de 60 nos Estados Unidos da América (EUA), dirigida a crianças em idade pré-escolar com risco de atraso do desenvolvimento pelo seu baixo estatuto sócio-económico e o seu principal objectivo era quebrar o ciclo da pobreza. Esta foi uma época optimista e de prosperidade nos EUA, com um grande investimento público em serviços e programas para a população. A IPI foi também alvo de um apoio federal considerável nesta altura, como arma potencial na guerra contra a pobreza. O seu objectivo final era a diminuição das consequências das desigualdades sócio-económicas que constituíam uma ameaça ao bem estar da nação, na crença de que a educação adequada das crianças era a chave para quebrar este ciclo. A fundamentação

teórica para intervir na vida das crianças em desvantagem emergiu a partir de um conjunto crescente de evidências que questionavam pressupostos anteriores amplamente aceites sobre a imutável determinação genética da inteligência. (Meisels e Shonkoff, 2000)

O programa pioneiro da IPI, o *Head-Start* de 1965, começou como uma experiência piloto de oito semanas para crianças de comunidades desfavorecidas e posteriormente alargou-se a todos os Estados. Baseava-se num modelo deficitário, apresentava um carácter de educação compensatória, proporcionando uma estimulação precoce e intensiva num período que precedia a entrada da criança na escola, esperando-se assim facilitar a sua adaptação escolar e melhorar os seus resultados académicos. Este programa foi o primeiro a preconizar uma intervenção dirigida simultaneamente à criança e à família, num sistema coordenado de prestação de serviços sociais, de saúde e de educação, baseado na comunidade. A sua influência foi determinante na IPI especializada dos nossos dias, nomeadamente nos aspectos que se relacionam com o envolvimento parental e apoio familiar. (Pimentel, 2005)

A década de 70 foi marcada pela afirmação dos direitos e pela não discriminação das pessoas com deficiência. Os programas de IPI que surgiram nos anos 70 revelavam uma preocupação crescente em envolver crianças com deficiências ou incapacidade e em contar com a participação dos pais, para que estes, sob a orientação dos profissionais colaborem na estimulação dos seus filhos. Predominava uma perspectiva funcional e constituíram um passo importante, pois, pela primeira vez, davam aos pais um papel activo na intervenção. (Tegethof, 2007) Em 1972 a lei pública 92-424 determina que todos os Centros *Head Start* reservassem 10% das vagas para crianças com deficiência. Em 1974 o governo federal destina um financiamento independente para as subvenções de implementação dos estados, para os ajudar no planeamento e desenvolvimento de serviços para crianças pequenas e em idade pré-escolar com deficiência. Um ano mais tarde, em 1975 sai a lei pública 94-142 que determina o direito a uma educação pública, adequada e gratuita para todas as crianças em idade escolar e a obrigatoriedade de elaboração de um Plano Educativo Individual com o envolvimento dos pais. São também disponibilizados incentivos financeiros para a criação de serviços para crianças com deficiência até aos três anos de idade e é criado o *National Center for Clinical Infant Programs* para chamar a atenção nacional para as necessidades das crianças muito pequenas e suas famílias. (Meisels e Shonkoff, 2000)

A partir do final da década de 70 e inícios dos anos 80, a família, e não somente a criança, passa a ser objecto dos serviços de IPI, já que também esta pode ter necessidades específicas, relacionadas ou não com a situação da criança em risco ou com

deficiência. (Pimentel, 2005) É uma tendência para a individualização e diferenciação dos programas e também uma crítica à generalização do modelo de treino de pais, que nem sempre era adequado a todas as situações. Reconhece-se a importância da participação activa da família, olhando-se para ela enquanto um todo sistémico. (Breia, Almeida e Colôa, 2004)

Na década de 80 a diminuição de fundos federais para programas sociais e a transferência dessa responsabilidade para os diferentes estados levou ao desaparecimento de muitos destes programas. O facto de os programas de IPI terem sobrevivido a estes cortes nas políticas federais demonstram a profundidade da sua força política e social. Como exemplo, o *Head Start* e os programas de educação para crianças com deficiência foram programas que continuaram com financiamento federal. Apesar de ser implementada apenas no início dos anos 90, é em 1986 que é publicada a lei pública 99-457, que regulamenta a criação de programas inter-agências para serviços de Intervenção Precoce para todas as crianças com deficiência e suas famílias em todos os estados, serviços esses que devem ser coordenados, abrangentes e multidisciplinares. Embora a lei não imponha serviços universais para todas as crianças com menos de seis anos de idade, reforçou os incentivos aos estados para apoiar crianças dos 3 aos 6 anos e estabeleceu um programa de prestação de serviços para as crianças até aos 3 anos. (Meisels e Shonkoff, 2000)

É à luz do já referido modelo transaccional que, a partir desta década se começa a valorizar cada vez mais a compreensão dos factores de risco, biológicos ou sociais, o que vai implicar uma maior atenção aos contextos de desenvolvimento e às interacções que aí se estabelecem. A partir de meados desta década os programas passam a defender um modelo de intervenção centrado na família, transdisciplinar, baseado na comunidade e num sistema abrangente e integrado de prestação de serviços. (Tegethof, 2007)

Os anos 90 foram nos EUA um período em que a economia era robusta e a ciência do desenvolvimento infantil estava em franco crescimento. Foi simultaneamente uma época de contenção, com a continuidade dos cortes federais para programas sociais e a confiança nas soluções do mercado para as necessidades humanas. Criou-se assim uma prosperidade económica e o aumento das discrepâncias sociais. (Meisels e Shonkoff, 2000)

A partir desta década assiste-se ao despontar de uma preocupação convergente dos teóricos e investigadores nesta área, incidindo na necessidade de salientar o papel fulcral do processo interactivo da criança com o meio envolvente a nível do seu desenvolvimento e de privilegiar práticas que tenham em conta as interacções da criança

com os prestadores de cuidados e outras pessoas significativas nos seus contextos de vida, a par das interações da família com a sua rede de apoio na comunidade. Esta evolução tem vindo a traduzir-se naquilo que se designa como a terceira geração de programas de intervenção precoce. (Tegethof, 2007) A família é um elemento preponderante em todo o processo de intervenção e é encarada como um parceiro imprescindível, sendo o seu nível de envolvimento um factor decisivo no sucesso da intervenção, nomeadamente a cooperação dos profissionais com a família. (Breia, Almeida e Colôa, 2004)

Em Abril de 1997 foi realizada a Conferência da Casa Branca para o Desenvolvimento Infantil e Aprendizagem: O que as novas pesquisas sobre o cérebro nos mostram sobre as crianças mais novas. A conferência de um dia inteiro colocou em destaque novas descobertas científicas no desenvolvimento do cérebro em crianças muito jovens e apontou para a importância das primeiras experiências da criança como forma de as ajudar a ter um início de vida forte e saudável. Foi assim estimulada a discussão pública sobre a importância dos primeiros anos de vida, bem como a necessidade de investimentos estratégicos no desenvolvimento na primeira infância.

Em 1997-98 é publicada a lei pública 105-17, *Individuals with Disabilities Educational Act* (IDEA), com uma secção, a *Part C* que estabelece a exigência de que os estados facilitem o desenvolvimento de sistemas abrangentes de serviços de IPI para crianças dos 0 aos 2 anos com atrasos de desenvolvimento ou deficiência. Nesta mesma lei a *Part B* obriga os estados a fornecer educação pública adequada e gratuita, bem como serviços relacionados para crianças com deficiência elegíveis entre os 3 e os 5 anos. A IPI é definida de forma restrita como serviços de desenvolvimento concebidos para responder às necessidades do desenvolvimento físico, cognitivo, da linguagem, psico-sociais e capacidades de auto-ajuda de crianças dos 0 aos 2 anos com deficiência. Apesar desta definição, esta lei reforça o espírito de abrangência da IPI, já que fala em desenvolvimento e não em educação e reconhece que serviços eficazes de IPI requerem o contributo de diversos profissionais. Sendo uma lei federal, preconiza que estas actividades sejam controladas por um *State Interagency Coordinating Council*, um Conselho Coordenador Estatal Interinstitucional e prescreve um número de componentes críticos que cada estado deve planear e operacionalizar, na tentativa de ultrapassar os sistemas fragmentados de serviços que existiam na maioria dos estados. Permite no entanto que os diferentes estados tenham uma margem de manobra considerável no que diz respeito às decisões organizacionais e programáticas. Para neutralizar questões de limites jurisdicionais e disputas pelo financiamento entre os serviços de educação e saúde foram negociados acordos formais a nível federal entre o *Bureau of Maternal and Child*

Health do *Department of Health and Human Services* e o *Office of Special Education Programs* do *Department of Education*. Se inicialmente um terço dos estados escolhesse os serviços da educação como a sua agência principal para a IPI, esta distribuição alterou-se ao longo dos anos com um aumento para os serviços da saúde e consequente diminuição para os da educação. (Meisels e Shonkoff, 2000)

De acordo com uma revisão da avaliação de programas de IPI nos EUA estima-se que 16% de todas as crianças têm deficiências da linguagem, dificuldades de aprendizagem ou comportamentais ou atraso mental, mas na prática apenas 20 ou 30% destes casos são detectados antes da entrada para a escola, o que se traduz numa cobertura pobre para este grupo em idades precoces. Em contraste, tem havido um aumento no apoio a crianças de risco social nos EUA, que assim se aproxima de outros países desenvolvidos. (Gray e McCormick, 2005)

3.2.2.2. Enquadramento na UE

A nível de iniciativas europeias a IPI é actualmente uma área importante tanto a nível político como profissional e é vista como o direito de as crianças em idades precoces e as suas famílias receberem o apoio de que necessitam. Tem como objectivo apoiar e fortalecer a criança, a família e os serviços envolvidos, ajudando assim na construção de uma sociedade inclusiva e atenta aos direitos das crianças e suas famílias. Nas últimas décadas foram publicados documentos que ilustram a evolução de teorias, conceitos e práticas, que passaram de um modelo médico e centrado na criança para um modelo social, envolvendo a criança, a família e o meio ambiente. (European Agency for Development in Special Needs Education, 2003)

No entanto os trabalhos de investigação de origem europeia especificamente dedicados à IPI são em muito menor número do que os de origem norte americana, pelo que talvez seja esse uma das razões pela qual, entre nós e também em vários países de Europa, se faz sentir neste campo a influência dos modelos e práticas dos EUA. (Pimentel, 2005)

A Eurllyaid, a Associação Europeia de Intervenção Precoce na Infância, um grupo de trabalho formado por peritos ligados a universidades, profissionais de várias disciplinas e representantes de associações de pais de vários países da União Europeia, envolvidos na IPI, editou em 1993 um enquadramento abrangente para a IPI sob a forma de um manifesto que pretendia ser um primeiro passo para a harmonização da política da IPI na UE, através da cooperação internacional e da troca de informação. Este grupo de trabalho foi fundado na conferência internacional *The First Years: Children Suffering from Brain Damage* que decorreu em Roterdão em 1989 e o seu objectivo final é a realização de legislação e linhas orientadoras como meio de um programa de acção comunitário.

Com uma bolsa da UE a *Eurlaid* continuou a sua actividade como parte integrante da ALEFPA - Europa, uma organização não governamental reconhecida de utilidade pública.

Este manifesto é baseado na Convenção dos Direitos da Criança e com uma influência marcada da legislação americana então em vigor, a lei pública 99-457 de 1986 já referida no capítulo anterior, contém a definição de conceitos-chave, delinea a população alvo e estabelece os componentes da IPI bem como a teoria que os suportam. Enumera ainda as condições e requisitos necessários à qualidade da IPI, bem como algumas recomendações provisórias gerais e para cada estado membro, que visam essencialmente medidas legislativas e reguladoras, a detecção precoce, a criação de redes locais, a intervenção centrada na família e o seu envolvimento em todo o processo da IPI, recursos financeiros para a investigação científica nesta área, a criação de um centro único de informação e documentação a nível comunitário, a homogeneização da formação dos profissionais e a criação de oportunidades para a troca de experiências. (De Moor, Van Waesberghe, Hosman, Jaeken e Miedema, 1993)

Desde o Programa HELIOS II, o terceiro Programa Comunitário de Acção a favor das pessoas com deficiência da Comissão Europeia (na altura Comissão das Comunidades Europeias), que decorreu de 1992 a 1996, que a IPI é referida como central na política de igualdade de oportunidades da União Europeia. Nos objectivos deste programa, a elaboração de abordagens convergentes em domínios diversificados, entre outros, a prevenção e a intervenção precoce são recomendadas a fim de estimular uma política global, coerente e coordenada com vista à integração completa das pessoas com deficiência. No ponto 7 das acções específicas destinadas a concretizar os objectivos do programa, recomenda-se que os participantes no HELIOS II velem especialmente pela prevenção e pela intervenção precoce, a fim de evitar o aparecimento e a evolução da deficiência e da incapacidade. (Comissão das Comunidades Europeias, 1991)

Do Grupo Temático 2.1 deste programa comunitário saiu em 1996 o documento *Early Intervention: Information, Orientation and Guidance of Families*, de onde foram identificadas para a IPI os Princípios e Objectivos, Boas práticas para a comunidade, Metodologia de trabalho caso a caso, Boas Práticas para a criança, família e o programa em si, estando estes alinhados com as bases teóricas já referidas para a IPI a nível internacional e esquematizados no Anexo 13, Tabela 12.

Nos últimos anos desde a década de 90 do século XX a concepção global da IPI como uma operação integrada no apoio às famílias de crianças com deficiência, assim como um processo gradual de consolidação da IPI como um serviço de referência para responder às necessidades de crianças com atrasos de desenvolvimento ou de risco e suas famílias,

nomeadamente para coordenar a intervenção dos diferentes serviços para satisfazer essas necessidades de forma coerente alastrou pela Europa, a ponto de constituir uma rede sólida de serviços. (Ponte, 2008)

Em 1996 foi criada a Agência Europeia para o Desenvolvimento em Necessidades Educativas Especiais para actuar de forma independente e como uma organização auto-regulada, fornecendo uma plataforma de colaboração para os países membros em relação ao desenvolvimento de apoios para alunos com necessidades educativas especiais. A Agência é mantida pelos Ministérios da Educação dos países participantes, os países membro da UE, a Islândia, Noruega e Suíça e é financiada por fundos comunitários via Programa Jean Monet ao abrigo do Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida. Esta Agência editou em 2005 um relatório que constitui um resumo executivo de um estudo de análise da IPI em 19 países da UE, entre os quais Portugal.

Neste relatório constatou-se que todos estes países tinham serviços de IPI e, apesar da heterogeneidade dos serviços nos diferentes países, foram encontradas características comuns, que passaremos a enunciar. A disponibilidade dos serviços, no sentido de abranger tão cedo quanto possível todas as crianças e famílias elegíveis; a proximidade dos serviços, visando a sua descentralização para irem ao encontro das famílias e o seu enfoque de actuação na família; a viabilidade financeira, com serviços gratuitos ou a baixo custo financiados através de fundos públicos e assegurados por serviços de Saúde, Segurança Social, autoridades locais, companhias de seguros ou associações não lucrativas. Num pequeno número de países existem também como opção serviços privados, totalmente pagos pelas famílias. Ainda como características comuns a interdisciplinaridade, como facilitador da troca de informação entre os membros da equipa e a diversidade de serviços a nível do envolvimento dos serviços de Saúde, Educação e Segurança Social, que apesar de ser comum constitui simultaneamente uma das principais diferenças. (European Agency for Development in Special Needs Education, 2005)

Foram também identificados as diferenças e os desafios nos diferentes países, relacionados com a prestação de serviços de IPI, designadamente a detecção precoce, a avaliação e a referenciação, a duração do apoio, já que a maior parte dos países apoiam a criança desde o nascimento até aos três anos e, em alguns países, as crianças são acompanhadas até aos seis anos, como é o caso de Portugal e a grande diversidade de serviços a nível da UE, com respostas criadas para responder a necessidades imediatas e de forma não planeada. Foram ainda discutidos alguns aspectos chave da IPI, nomeadamente a população alvo, já que existia ainda a preocupação de se as crianças de risco seriam ou não elegíveis para IPI, sendo que na maioria dos países a criança

tinha que ter um problema diagnosticado para ser elegível. No que diz respeito ao trabalho em equipa, a abordagem interdisciplinar era já uma realidade constante, existindo no entanto diferenças significativas que iam desde a simples justaposição de profissionais a um verdadeiro trabalho de equipa. Quanto à formação dos profissionais o conhecimento específico em IPI não era ainda uma realidade comum nas diferentes áreas de formação inicial dos diversos profissionais e a formação complementar, considerada aconselhável, já acontecia sob a forma de cursos de formação especializada, pós-graduações ou mestrados. Relativamente às ferramentas de trabalho foram discutidas a avaliação, que deve ser orientada para os processos e a elaboração do PIIP que tinha ainda várias designações e modelos nos diferentes países, sendo que o envolvimento e a participação activa das famílias eram já considerados cruciais nestes dois momentos. (European Agency for Development in Special Needs Education, 2005)

Finalmente foram feitas neste relatório algumas recomendações relacionadas com as características comuns identificadas, com vista à melhoria da prestação de serviços de IPI na UE, a saber:

- A disponibilidade de serviços de IPI deveria ser alvo de medidas políticas, com a definição clara da população alvo e dos critérios de elegibilidade, assim como a disponibilização rápida de informação para as famílias sobre os serviços disponíveis.
- A proximidade dos serviços às famílias, não só geograficamente mas também no seu enfoque de intervenção.
- A prestação gratuita de serviços de IPI disponível para todas as famílias
- Intervenção interdisciplinar que implica uma cooperação com as famílias como parceiros privilegiados dos profissionais e uma constituição das equipas que assegure a sua coesão e uma prestação holística, bem como a estabilidade dos membros da equipa pelo maior tempo possível.
- A Saúde, a Educação e a Segurança Social deverão partilhar responsabilidades para a IPI, o que poderá ser conseguido através de uma coordenação interserviços e da prestação por profissionais dos diferentes sectores. (Carpenter, Blackburn e Egerton, 2009)

O actual sistema de IPI na UE apoia cerca de 4 a 6% das crianças nascidas por ano. Parece evidente que nos últimos 30 anos os decisores políticos concordaram em implementar sistemas de serviços de IPI na maioria dos países da UE. Mas existe ainda a questão do desenvolvimento de standards de qualidade para a IPI na UE, o que tendo em conta o aspecto da definição normativa e a comparabilidade e diversidade dos

sistemas existentes nos diferentes estados membros, torna evidente que padrões normativos globais em termos de requisitos e normas no campo da IPI não serão possíveis de serem definidos, nem seriam representativos da diversidade de sistemas existentes nos 27 países da UE. (Pretis *et al*, 2010:2)

Apesar deste facto, são encontrados exemplos abundantes de práticas pensadas de IPI baseadas na evidência, muitos dos quais são conduzidos por medidas políticas implementadas individualmente pelos diferentes países. (Carpenter, Blackburn e Egerton, 2009)

3.2.2.3. Enquadramento em Portugal

Portugal é membro das duas organizações já referidas anteriormente que lidam com as questões da IPI a nível Europeu, participando no trabalho desenvolvido no seu âmbito: a *Eurlyaid* – Associação Europeia de Intervenção Precoce, com sede na Bélgica e a *European Agency for Development in Special Needs Education*, com sede na Dinamarca.

A história da IPI no nosso país é ainda recente, apesar de a protecção das crianças ser uma preocupação mais ou menos constante na nossa história. Nos finais do século XVIII e durante o século XIX assistiu-se a um aumento da atenção dada às crianças e aos seus cuidados, como consequência de uma nova atitude face às crianças a nível europeu e surgem algumas iniciativas maioritariamente de carácter caritativo e dinamizadas por instituições religiosas. Nos últimos anos da monarquia e no período da primeira república foi assumida pelo Estado a educação pré-escolar com a criação de estabelecimentos de ensino para esta faixa etária. Com a instauração do Estado Novo estes estabelecimentos foram encerrados, tendo-se o Estado alheado desta responsabilidade da educação e protecção da criança, transferindo-a para a família, mais propriamente para a mãe. Só com a reforma de Veiga Simão no sistema educativo em 1973 estes estabelecimentos foram reintegrados no sistema educativo. (Cruz, Fontes e Carvalho, 2003)

Na década de 60 existiam já alguns programas de atendimento a crianças com necessidades educativas especiais dos 0 aos 6 anos, como por exemplo o Serviço de Orientação Domiciliária criado pelo Instituto de Assistência a Menores do Ministério da Saúde com a finalidade de apoiar pais de crianças cegas a nível nacional, através de visitas domiciliárias. Em 1972 este programa foi assumido pelos Centros de Educação Especial da Segurança Social e apenas para Lisboa e Porto, tendo posteriormente em 1987 sido integrados na Direcção de Serviços e Orientação Psicológica (DSOIP) do mesmo ministério, já enquadradas em equipas interdisciplinares. Existiam ainda algumas

instituições de apoio a deficientes, como a Liga Portuguesa dos Deficientes Motores que contemplava já um programa de escolaridade para crianças deficientes, além do apoio terapêutico. Também os Centros de Paralisia Cerebral de Lisboa, Porto e Coimbra apoiavam crianças com Paralisia Cerebral e disfunções neuromotoras, numa vertente marcadamente clínica e de reabilitação.

Em 1973 é criada a Divisão de Educação Especial do Ministério da Educação, que através de Equipas de Educação Especial que, constituídas praticamente só por Educadoras de Infância, iniciaram o movimento de integração de crianças com deficiência no ensino pré-escolar, que na altura era praticamente nula. Nos anos 70 surge um projecto claramente inovador para a época, o Projecto de Águeda, que com o objectivo de organizar recursos que proporcionassem uma resposta adequada à criança em risco e com deficiência de diferentes idades deste concelho, conjugou os sectores da Saúde (Hospital Pediátrico de Coimbra e Centro de Saúde), Educação (Equipas de Ensino Especial), Segurança Social e de outras entidades públicas e privadas. Com uma forte componente integrativa, cria um modelo de intervenção com uma abordagem abrangente e comunitária orientada para estas crianças, que assentava na intervenção e interacção dos vários serviços envolvidos. (Ruivo e Almeida, 2002)

Após o 25 de Abril de 1974, época de grandes alterações na sociedade portuguesa, o sistema de protecção e apoio social da infância também foi alvo de importantes alterações, começando pela Constituição da República Portuguesa de 1976 onde é no artigo 67º reconhecida pelo Estado a sua obrigação de desenvolvimento de uma rede nacional de apoio aos cuidados da infância e atribuído às crianças um estatuto especial de protecção por parte da sociedade e do Estado face a qualquer forma de discriminação pelo artigo 69º. Foi também neste período pós-revolução que surgiram numerosas iniciativas para dar resposta a crianças com deficiência, entre outras as Cooperativas de Ensino e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados (CERCI), que serão alvo de uma maior atenção mais à frente neste trabalho. Ocorre também por parte das instituições privadas de solidariedade social (IPSS) de nível pré-escolar um movimento importante para a integração destas crianças. (Ruivo e Almeida, 2002) (Cruz, Fontes, e Carvalho, 2003)

A partir de meados dos anos 80 começa a falar-se de identificação ou detecção precoce e de estimulação precoce nos sectores da Saúde, Educação e Segurança Social. Até aqui a detecção e identificação dos problemas continuava a ser tardia, muitas vezes só no início da escolaridade obrigatória e muito raramente na entrada para o Jardim de Infância. Os serviços prestados eram essencialmente apoios especializados com uma vertente reabilitativa. (Ruivo e Almeida, 2002) A adesão à UE (na altura, Comissão Económica

Europeia), em 1986 vai ser um catalisador para a adopção de medidas políticas e legislativas para os cuidados da infância e que promovem a igualdade de oportunidades.

Inicia-se então uma nova etapa, agora sim, de IPI em Portugal, com algumas experiências inovadoras de apoio a crianças em idades precoces com deficiência ou em risco, no âmbito da Segurança Social, da Saúde e da Educação, com alguns programas de IPI com uma estrutura organizativa e um enquadramento teórico mais consistentes. Destacamos o Projecto Portage da DSOIP/CEACF (Centro de Estudos e Apoio à Criança e à Família) iniciado em Lisboa, que veiculava um modelo de apoio domiciliário em parceria com os pais e o Projecto Integrado de Intervenção Precoce de Coimbra, baseado na colaboração entre serviços destes três sectores (Saúde, Educação e Segurança Social), que iniciou a sua actividade em 1989 pensado e estruturado desde o nível distrital ao nível concelhio e que tinha como principal objectivo desenvolver um programa coordenado inter-serviços e transdisciplinar, utilizando os recursos da comunidade com vista à prestação de um serviço de IPI adequado às necessidades das crianças com problemas de desenvolvimento ou em risco. Defendeu desde o início uma intervenção centrada na família com serviços prestados nos contextos naturais da família e da criança, promovendo o fortalecimento de redes de suporte formais e informais. (Cruz, Fontes e Carvalho, 2003)

A mudança de paradigma protagonizada por estas entidades, associada à política de incentivos financeiros através de programas, quer nacionais quer comunitários, originou a nível nacional a uma proliferação de PIPI ao longo dos anos 90, promovidos por IPPS, cooperativas ou mesmo por serviços oficiais. (Ruivo e Almeida, 2002)

Em 1994 assinalava-se a existência de 37 estruturas de IPI no país, repartidas entre serviços públicos e privados. (Cruz, Fontes e Carvalho, 2003) O Ministério da Segurança Social lança pelo Despacho 26/95 o programa Ser Criança que, conjuntamente com a assinatura de alguns acordos atípicos para Apoio Precoce com IPSS ou equiparadas, permitiu também a criação de programas de IPI a nível local. Simultaneamente o Ministério da Educação foi-se envolvendo na implementação de medidas de apoio para crianças com deficiência dos 0 aos 6 anos. Em 1997 estabelece modalidades de afectação de recursos e apoios financeiros a projectos locais de IPI, que assentam na colaboração entre serviços de Apoio Educativo e IPPS, pela Portaria 1102/97, alínea c). (European Agency for Development in Special Needs Education, 2005) "Acontece porém que, na maioria dos casos, não está prevista a forma de continuidade de tais projectos, uma vez que este financiamento tem limites temporais. Daqui resulta que muitas destas experiências inovadoras e com um impacte muito positivo nas populações a que se

destinam, acabam por se perder, com graves prejuízos para todos os intervenientes.” (Bairrão e Almeida, 2003:24)

Com o aumento destes projectos incentivados pelas medidas de apoio financeiro surgiu uma grande diversidade de práticas nos diferentes programas de IPI, com algumas lacunas do referencial teórico por parte dos profissionais, colmatadas pela sua motivação e pela sua competência em termos de trabalho desenvolvido com a criança e da sua capacidade de relacionamento com as famílias. (Tegethof, 2007) Estes programas e respectivas parcerias estavam ainda sujeitos “a vicissitudes ligadas à mobilidade dos profissionais e à boa vontade dos dirigentes dos serviços, impedindo assim uma resposta abrangente à problemática das crianças e famílias.” (Pimentel, 2005:223) Pode então dizer-se que o desenvolvimento da IPI em Portugal foi um processo implementado de baixo para cima, pela acção empreendida por profissionais do terreno a nível local que levou a uma progressiva tomada de consciência dos decisores políticos nesta área. (European Agency for Development in Special Needs Education, 2005)

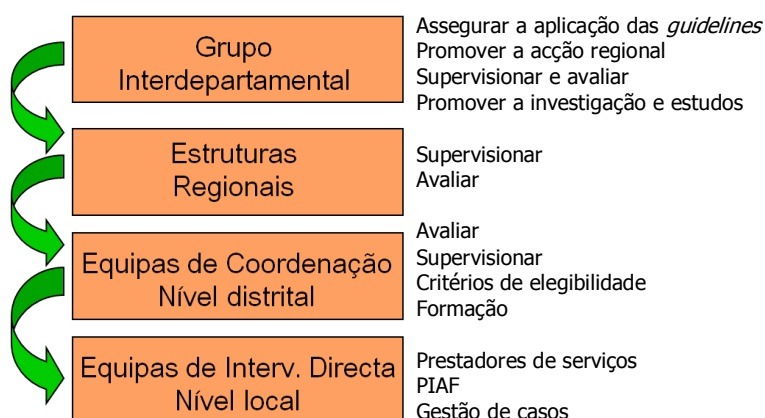
A década de 90 foi a época mais produtiva para a IPI em Portugal. Nestes anos evoluiu de um serviço emergente com enfoque na criança, em muito semelhante à Educação Especial para crianças mais velhas, para um campo em constante crescimento com um enquadramento conceptual completamente diferente. (Boavida, Carvalho e Espe-Sherwindt, 2009) A formação em serviço facultada por diferentes entidades não académicas desempenhou em Portugal um papel essencial no que diz respeito às qualificações nesta área dos profissionais de IPI. Orientadas, de um modo geral, de acordo com perspectivas teóricas e práticas eram influenciadas pelos modelos e legislação dos EUA e tinham em vista ajudar os profissionais na mudança de práticas mais tradicionais para práticas mais eficazes baseadas na evidência. (European Agency for Development in Special Needs Education, 2005)

Em 1994, por Despacho Conjunto dos Ministérios da Educação, da Saúde e do Emprego e Segurança Social, foi constituído um grupo de trabalho com o intuito de pensar formas de organização e atendimento no âmbito da Intervenção Precoce. Na sequência dos trabalhos deste grupo, é publicado, em 19 de Outubro de 1999 o Despacho Conjunto 891/99, do Ministério da Educação, da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social que determina as “orientações reguladoras da Intervenção Precoce para crianças com deficiência ou em risco de atraso grave no desenvolvimento e suas famílias” e que a define como “uma medida de apoio integrado, centrado na criança e na família, mediante acções de natureza preventiva e habilitativa, designadamente do âmbito da educação, da saúde e da acção social.” (Despacho Conjunto 891/99 de 19 de Outubro, 1999) Seguindo

as bases teóricas e orientações para a IPI a nível internacional, define a organização de serviços e as competências para cada nível, como apresentado na Figura 4.

A publicação deste despacho constituiu um passo importante no sentido do reconhecimento e identidade da IPI em Portugal. (European Agency for Development in Special Needs Education, 2005:38) Este despacho, sendo muito baseado na legislação em vigor nos EUA, pressupõe que a IPI em Portugal se reja por modelos teóricos semelhantes aos que orientam as práticas nos EUA. (Pimentel, 2005:224) Acresce ainda “a agravante de não ter havido um trabalho prévio no sentido de se perceber qual o estado da arte no nosso país e qual a melhor forma de operacionalizar este modelo, se é que é de facto este o modelo mais adequado à nossa realidade.” (Ruivo e Almeida, 2002:11) Este despacho previa um período experimental de três anos após a sua publicação para a implementação da IPI, findo o qual deveria ser feita a sua avaliação global.

Figura 4: Organização da IPI – Despacho conjunto 891/99



Fonte: adaptado de *Early Childhood Intervention in Portugal* (Felgueiras e Breia, 2003:6)

Em Maio de 2002 realizou-se o Encontro Nacional “Pensar a Intervenção Precoce em Portugal”, organizado pelo Núcleo de Orientação Educativa e Educação Especial do Ministério da Educação. Nas conclusões deste encontro foram referidas dificuldades a nível legal de pôr em prática a legislação existente, bem como algumas considerações sobre a detecção e o encaminhamento, o trabalho de equipa, as práticas e a investigação em IPI. Foram também feitas algumas recomendações sobre estas temáticas e uma sugestão para que Grupo Interdepartamental promovesse uma avaliação sobre a implementação do Despacho 891/99, no sentido de proceder às readequações no que diz respeito à compatibilização com a realidade portuguesa e com a restante legislação já existente nas áreas da Educação, da Segurança Social e da Saúde e de que os três Ministérios prevejam um orçamento próprio para a IP, sendo a sua gestão atribuída a

uma entidade coordenadora das acções a nível da IP. De acordo com esta posição, Ruivo e Almeida (2002) referem que "a legislação existente não só nos parece pouco viável, como, passados dois anos da sua publicação não teve aparentemente efeitos práticos visíveis, com tradução a nível da organização dos serviços e da melhoria das práticas dos profissionais que trabalham nesta área." (Ruivo e Almeida, 2002:67)

Da sua análise à IPI na Europa efectuada em 2003, em relação a Portugal a *European Agency for Development in Special Needs Education* refere que a implementação das *guidelines* governamentais estava em curso desde 2000, mas que entre as *guidelines* e as práticas:

- A implementação formal da organização inter-serviços não era generalizada, apenas tinha ocorrido em 2 regiões (Centro e Alentejo) e com boas experiências;
- Dificuldade de aplicação do novo sistema de financiamento nos acordos partilhados dos três Ministérios com as instituições privadas locais;
- Diversidade de projectos de IPI a funcionar antes de 2000 com outros sistemas de financiamento, sem seguirem a organização e a filosofia das *guidelines*;
- O Grupo Interdepartamental encontrava-se em "*stand-by*", sem actividade desde 2002, pelo que a supervisão e a avaliação falham;
- Participação irregular e compromisso insuficiente dos diversos sectores a nível nacional, regional e local.

Em relação à avaliação das práticas não existia uma avaliação disponível sobre a implementação das *guidelines*, apenas avaliações parciais efectuadas pelos próprios projectos que não são mais do que avaliações sectoriais e dados estatísticos para relatórios anuais, com fins administrativos e de financiamento. (Felgueiras e Breia, 2003)

A avaliação inicial prevista para o Despacho 891/99 após três anos da sua publicação não foi realizada nessa altura uma vez que o Grupo Interdepartamental esteve desactivado de 2002 a 2006. Após a sua reactivação foi apresentado em Novembro de 2006 às respectivas tutelas um Relatório contendo, para além da avaliação propriamente dita sobre a implementação do Despacho Conjunto n.º 891/99 a nível do país e a identificação dos principais constrangimentos e factores facilitadores, um conjunto de recomendações e de propostas, que passamos a resumir de uma forma geral.

Verificou-se que, no conjunto do país existiam 3 Equipas Regionais, 15 Equipas de Coordenação Distrital e 136 Equipas de Intervenção Directa (EID), que abrangeram um total de 160 concelhos, que durante o ano de 2006 apoiaram 3161 crianças, tendo esse

apoio sido prestado em casa, na creche, na ama, ou no jardim-de-infância. Cerca de 41% dessas crianças pertencem à faixa etária dos 0 aos 2 anos. No que diz respeito à constituição das EID, constatou-se que as 136 equipas integram 1013 profissionais de diversas disciplinas, predominando os educadores e sendo os psicólogos e terapeutas os profissionais mais frequentemente considerados em falta. A maioria destes profissionais não está afectada a tempo inteiro à intervenção precoce, constatando-se parcelas de tempo de afectação muito variáveis. Em relação às fontes de financiamento para o funcionamento da IPI, constatava-se a coexistência de diversas modalidades, tanto ao nível dos diferentes ministérios, como dentro de cada sector.

Das principais conclusões referidas salientamos, em primeiro lugar que a publicação deste diploma legal foi um passo importante no desenvolvimento e reconhecimento da intervenção precoce em Portugal. Mesmo nas regiões onde não foi cumprido existiu uma preocupação em seguir os seus princípios orientadores, bem como as metodologias de intervenção nele definidas. Em segundo lugar, a operacionalização do sistema de organização da intervenção precoce, tal como previa o Despacho Conjunto n.º 891/99, não se efectuou de forma homogénea e uniforme a nível regional, distrital e local. Entre os vários constrangimentos apontados como tendo dificultado a aplicação do despacho salientam-se a ausência de orientações por parte do Grupo Interdepartamental, a ausência de uma acção concertada entre os três Ministérios envolvidos, a ausência de previsão orçamental e de dotação financeira para a IPI em cada Ministério, a dificuldade de celebração de acordos de cooperação entre as diferentes entidades, devido a dificuldades no que diz respeito às responsabilidades sectoriais relativas à disponibilização de recursos humanos e à falta de disponibilidade financeira das mesmas (acordos tripartidos entre os três sectores e as instituições privadas).

Entre os aspectos positivos da aplicação do Despacho Conjunto n.º 891/99 destacam-se os princípios orientadores e metodologias de intervenção na coordenação e articulação intersectorial, a rentabilização dos recursos locais, o impacto nas crianças e famílias atendidas, nomeadamente no que se prende com a sinalização e encaminhamento, a abrangência etária dos 0 aos 6 anos e a possibilidade de as crianças de risco serem apoiadas, o envolvimento das famílias no processo de intervenção, a diminuição de assimetrias e de sobreposições nos apoios prestados, a maior visibilidade da intervenção precoce, a importância das Equipas de Coordenação Distrital, pelo facto de terem representantes dos três Ministérios e das Instituições.

Nas recomendações são detalhadas quatro questões-chave consideradas particularmente importantes para o aperfeiçoamento do sistema: a população-alvo, a elegibilidade, a estrutura organizativa e os recursos humanos e financiamento. Assim foram feitas

recomendações para a IPI a nível nacional, no sentido de manter a responsabilidade partilhada da IPI a nível dos sectores da Saúde, Educação e Segurança Social e a parceria entre entidades públicas e privadas, de definir a população-alvo para a IPI conjugando o factor idade com os critérios de elegibilidade (deficiência/risco, factores de risco e efeito cumulativo do risco), de definir o sistema organizativo, definir a existência de um ponto de acesso único ao sistema e de definir o modelo de financiamento. (Tegethof, 2007)

A nível central a IPI continuava a ser alvo de preocupação política. De facto é referida no Plano Nacional de Saúde 2004/2010 nas estratégias para promover a saúde infantil: " As crianças portadoras de deficiência ou que estão em risco de atraso grave de desenvolvimento exigem uma atenção especializada que deve enquadrar-se com o reforço da intervenção precoce" (Portugal, 2004:30), pelo XVII Governo Constitucional como uma das Grandes Opções do Plano 2005-2009: "Consolidar um modelo de Intervenção Precoce de âmbito nacional, no sentido de estabilizar uma política concertada entre Estado, Organizações e famílias, transversal aos sectores da educação, saúde e segurança social". (Lei Nº 52/2005 de 31 de Agosto, 2005) É também uma das metas do Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade (PAIPDI) 2006-2009, com "a consolidação de um modelo de Intervenção Precoce na Infância transversal aos sectores da educação, da segurança social e da saúde." (Gabinete da Secretária de Estado Adjunta e da Reabilitação, Secretariado Nacional para a Reabilitação, 2006:75)

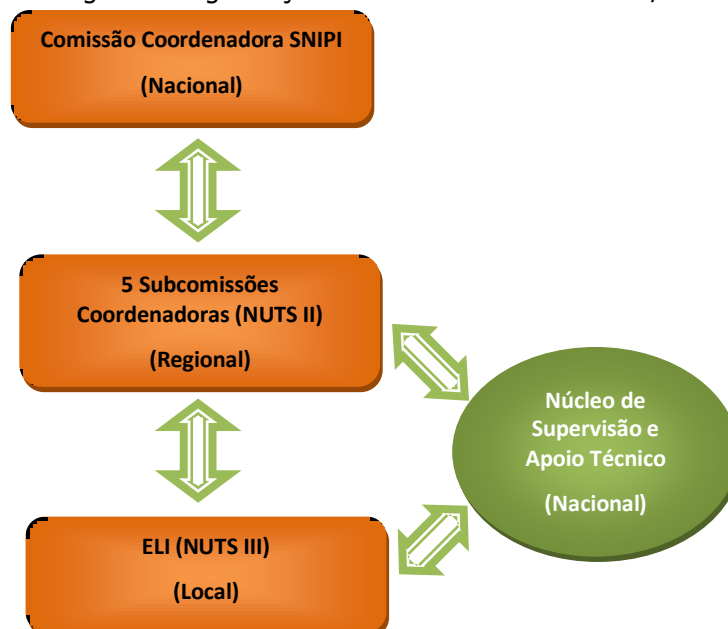
No Relatório de Avaliação Anual de 2009 do PAIPDI a medida 67 refere-se à revisão do despacho conjunto n.º 891/99, de 19 de Outubro, e à aplicação de um novo sistema nacional de IP com actuação sectorial tripartida, sendo responsáveis pela sua implementação os Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Educação e da Saúde, com o prazo de execução para 2008 e tendo como indicadores a publicação do diploma e número de crianças abrangidas por número de crianças com deficiências e ou incapacidades. Como resultados são apresentados a publicação do Decreto-Lei nº 281/2009, de 6 de Outubro, a que nos referiremos novamente mais à frente e o número de 3650 crianças abrangidas em 2008 pelo sistema de IPI abrangidas pelo financiamento do Instituto de Segurança Social. (Grupo Interdepartamental de Acompanhamento do PAIPDI, 2010:79) De acordo com dados de 2009 da Direcção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular do Ministério da educação, existem em Portugal 144 agrupamentos de escolas de referência para a IPI, com 500 Educadoras de Infância colocadas para apoiar 4335 crianças e suas famílias, bem como articular com os serviços de Saúde e da Segurança Social. (Direcção Geral de Inovação e de Desenvolvimento

Curricular, 2009:30) Estes são os dados disponíveis dos dois principais financiadores da IPI em Portugal, mas continuam fragmentados, sem se poder ter uma visão real do número de crianças/famílias apoiadas, já que pode haver sobreposição ou omissão de casos. Esta é uma das situações, entre outras referidas na avaliação do Despacho 891/99, que se pretende alterar com a implementação do SNIPI, como previsto na legislação actual para a IPI, o Decreto Lei 281/09.

O SNIPI criado com este Decreto Lei “consiste num conjunto organizado de entidades institucionais e de natureza familiar, com vista a garantir condições de desenvolvimento das crianças com funções ou estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal, social, e a sua participação nas actividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso no desenvolvimento. O SNIPI é desenvolvido através da actuação coordenada dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação, com envolvimento das famílias e da comunidade.” (Decreto-Lei Nº281/2009 de 6 de Outubro, 2009)

Já foram referidas anteriormente neste trabalho a definição e os objectivos da IPI, a população alvo, o PIIP e as competências dos três Ministérios envolvidos à luz deste Decreto Lei, que visa cumprir o princípio da universalidade de acesso aos serviços de IPI, com uma detecção e sinalização precoces com as instituições de saúde na primeira linha de acesso.

Figura 5: Organização do SNIPI – Decreto Lei 281/09



Fonte: Adaptado de Marques (2011), comunicação no Fórum “O Estado da arte da Intervenção Precoce” que decorreu no Instituto Nacional para a Reabilitação em 24 de Fevereiro

Estão ainda definidas as competências da Comissão Coordenadora Nacional, que deve: “assegurar a articulação das acções desenvolvidas ao nível de cada ministério, mediante reuniões trimestrais de avaliação e acompanhamento, e em especial:

- a) Articular as acções dos ministérios através dos departamentos designados responsáveis para o efeito;
- b) Assegurar a constituição de equipas multidisciplinares interministeriais para apoio aos PIIP;
- c) Acompanhar, regulamentar e avaliar o funcionamento do SNIPI;
- d) Definir critérios de elegibilidade das crianças, instrumentos de avaliação e procedimentos necessários à exequibilidade dos PIIP;
- e) Elaborar o plano anual de acção, estabelecendo objectivos a nível nacional;
- f) Sistematizar informação e elaborar um guia nacional de recursos, enquanto registo de cobertura da rede de IPSS, de agrupamentos escolares de referência e da rede de cuidados de saúde primários;
- g) Criar uma base de dados nacional, com vista à centralização da informação pertinente relativa às crianças acompanhadas pelo SNIPI, nos termos a definir em portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da solidariedade social, da saúde e da educação, sujeita a consulta à Comissão Nacional de Protecção de Dados;
- h) Promover a formação e a investigação no âmbito da IPI;
- i) Apresentar aos membros do Governo responsáveis pelas áreas da solidariedade social, da saúde e da educação, relatórios anuais de actividade;
- j) Proceder a uma avaliação bianual do SNIPI.” (Decreto-Lei Nº281/2009 de 6 de Outubro:7299)

No seu relatório de actualização de 2009 para o *Early Childhood Intervention Project* da *European Agency for Development in Special Needs Education*, a representante em Portugal refere os aspectos positivos da nova legislação, dos quais realçamos a criação de um sistema de IPI baseado na articulação inter-sectores estabelecida, em que cada um dos três sectores tem as suas competências definidas na lei. Refere ainda os desafios que se mantêm, a baixa cobertura, principalmente dos 0 aos 2 anos, a detecção e sinalização tardias, práticas interdisciplinares e competências específicas dos profissionais insuficientes e a consciência irregular e insuficiente sobre o valor da IPI, dos seus objectivos e práticas. O PCIP é referido neste relatório como uma experiência de IPI

significativa de uma intervenção em contexto educativo regular, que diminua o estigma de aceder a serviços de apoio adicionais e que mude a ênfase da actuação em situação de crise para a prevenção. (Breia , 2009)

Em relação a formação específica em IPI no nosso país, além de Acções de Formação promovidas por diversos serviços e entidades, académicas e outras, com públicos alvo variados e que são difíceis de quantificar, em termos de formação académica pós-graduada foram identificadas três Pós-Graduações específicas em IPI, duas abertas a todas as categorias profissionais e uma exclusiva para docentes e duas em que a IPI faz parte dos respectivos conteúdos programáticos, uma de Educação Especial direccionada para Educadoras de Infância e outra de Fisioterapia em Pediatria, esta tendo como destinatários Fisioterapeutas. Foram ainda identificados três mestrados em IPI abertos a todas as categorias profissionais, dois em Educação Especial – área de especialização em IPI e um em Fisioterapia – opção Pediatria onde a IPI aparece nos conteúdos programáticos, sendo que os dois primeiros são abertos a todas as categorias profissionais e o último exclusivamente a Fisioterapeutas.

Com a saída da nova legislação a IPI em Portugal encontra-se agora num processo de reorganização. Numa conjuntura económica adversa a maior prioridade e, simultaneamente, o maior desafio para a IPI em Portugal é manter a qualidade dos serviços de IPI, apesar dos constrangimentos políticos e económicos.

3.2.3. Processos-Chave da IPI

Como Processos-Chave da IPI foram identificados no *Guide to Standards of Quality in Early Intervention* editado pelo *Real Patronato sobre Discapacidad* espanhol:

- Detecção/Sinalização
- Pedido para apoio em IPI
- Apresentação do caso
- Entrevista de admissão/acolhimento
- Avaliação interdisciplinar e esboço geral de objectivos e estratégias de intervenção
- Entrevista de aconselhamento e elaboração do PIIP
- Processo de coordenação e implementação do programa e entrega do PIIP escrito
- Reunião de reavaliação ou de encaminhamento

- Reavaliação mensal/trimestral
- Reavaliação anual (Ponte, 2008)

No caso concreto do PCIP estão definidos como Processos-Chave da intervenção:

- Sinalização
- Avaliação da admissibilidade
- Avaliação da criança
- Elaboração PIIP
- Intervenção directa com criança e família (implementação do PIIP)
- Reavaliação da criança
- Encaminhamento/Alta

O envolvimento e a participação da família em todos estes processos é uma das premissas da IPI. De facto, qualquer intervenção requer o consentimento e a autorização da família, mas aqui requer-se ainda a sua participação activa.

Para além dos processos-chave da intervenção, parece-nos importante frisar que a intervenção em IPI vai para além destes, ou dito de outra forma, para a sua adequada execução é fundamental que se saia da esfera do próprio programa e se tenha uma actuação na e com a comunidade, sempre com o envolvimento e a participação activa da família, como já foi referido anteriormente no capítulo sobre a IPI.

Assim, o enfoque é numa intervenção integrada, articulada com os diferentes sectores envolvidos, nomeadamente a Saúde, a Educação e a Segurança Social e com um modelo interdisciplinar. É então fundamental o estabelecimento de parcerias, tenham estas um carácter mais formal ou mais informal com as diversas entidades.

As Creches e Jardins de Infância que as crianças beneficiárias da IPI frequentam são os parceiros informais privilegiados, já que com uma intervenção em contexto ecológico, onde as crianças estão habitualmente, é aí que maioritariamente que a intervenção directa ocorre. A inclusão precoce destas crianças realça a importância de uma boa articulação entre os serviços de IPI e os referidos estabelecimentos, tendo em vista o assegurar a continuidade da intervenção levada a cabo com crianças com necessidades especiais. A Educação Inclusiva prepara também as outras crianças e a comunidade para promover a inclusão e facilitar que estes sejam mais receptivos e solidários para com as crianças com deficiência.

Também as diversas consultas de especialidade se encontram nesta posição, mas com uma articulação mais pontual. Um dos grandes desafios para os profissionais de IPI é esta vertente quase camaleónica da sua prática, intervenção directa com a criança, com a família e a comunidade.

3.2.4. A Equipa da IPI

Os diversos contextos e intervenientes directos com que os profissionais de IPI têm que trabalhar já foram anteriormente mencionados. Por um lado, o trabalho com a família é um elemento fundamental das equipas de IPI e compreende a informação, a orientação, o apoio e a formação. Por outro lado, a intervenção directa com a criança é muito complexa e diversa quanto ao conteúdo e à forma que pode assumir. Por último, há ainda a intervenção na e com a comunidade, não só a articulação e apoio às estruturas educativas, a articulação com os serviços de saúde e com todos os recursos da comunidade que sejam significativos de alguma maneira para aquela família e criança.

A essência da qualidade dos serviços para a primeira infância está consubstanciada na experiência, competências e capacidades de estabelecimento de relações da sua equipa. É assim necessário garantir uma formação adequada destes profissionais, o que indica que os investimentos substanciais em formação, recrutamento, compensação e retenção de uma força de trabalho de alta qualidade devem ser uma prioridade para a sociedade. (National Scientific Council on the Developing Child, 2007)

Como mencionado no capítulo da IPI o enfoque da intervenção deve ser centrado na família, que deve ser activamente envolvida e participativa em todo o processo. “Desta forma, é reconhecido actualmente que o sucesso da intervenção está intimamente relacionado com a qualidade da relação família-técnico e que uma relação de colaboração pode melhorar o sentimento da família se sentir compreendida e apoiada.” (Cruz, Fontes e Carvalho, 2003:26)

Também é fundamental que os PIPI aceitem a diversidade cultural e sócio-económica das famílias a quem dão apoio. Também os diferentes profissionais que trabalham numa equipa de IPI, com formações e experiências diversas devem projectar uma única atitude às famílias, que tem necessariamente de ser empática, solidária e acima de tudo capacitadora. (Carpenter, Blackburn e Egerton, 2009)

Ser um profissional de IPI é de facto uma prática exigente que obriga a uma mudança de atitude por parte dos profissionais, que devem passar de técnicos especialistas a parceiros da família. Implica uma abertura à comunidade com menor protecção

organizacional, o que constitui muitas vezes um forte apelo à criatividade e uma grande capacidade de diversidade de acções. Fomenta ainda uma prática interdisciplinar ou, preferencialmente transdisciplinar, o que pressupõe uma partilha do seu saber técnico, bem como a partilha de objectivos de intervenção. Ora isto implica uma reformulação da sua formação inicial básica, com uma mudança das expectativas dos profissionais como principais educadores e intervenientes, para profissionais como facilitadores e parceiros no processo de intervenção.

Atendendo às características já referidas da intervenção em IPI, as equipas devem ter um perfil dinâmico, onde a aceitação e articulação entre os diferentes actores sejam atitudes constantes. A dinamização da própria equipa é essencial à valorização e auto-formação dos profissionais e, consequentemente, das famílias envolvidas.

Numa abordagem transdisciplinar, todas as decisões nas áreas da avaliação, planeamento e implementação do programa são tomadas em consenso e embora todos os elementos da equipa partilhem a responsabilidade do plano de intervenção, ele é executado apenas pela família e pelo profissional designado como gestor do caso ou coordenador de serviço. (Pimentel, 2005:55) Esta abordagem transdisciplinar assenta na disponibilidade, aceitação e cooperação entre os técnicos da equipa, pelo que a sua estabilidade aparece como um factor essencial na procura da qualidade de um serviço de IPI. Também para facilitar a continuidade das redes de suporte, essencialmente das informais, onde a componente pessoal adquire maior peso que a organizacional, esta continuidade dos técnicos se torna relevante.

No que respeita à organização das equipas podem ser identificados três modelos:

- O modelo "local e descentralizado" presente, sobretudo, nos países nórdicos onde os serviços são assegurados e coordenados pelas autoridades locais (municípios).
- O "modelo especialista" em que são oferecidos às crianças e suas famílias os serviços altamente especializados de intervenção precoce, dependentes principalmente dos serviços sociais e de saúde. Encontramos exemplos deste em França e na Alemanha.
- Um terceiro modelo a que poderemos chamar "inter-serviço" que assenta no acordo e na cooperação dos serviços locais, regionais e mesmo nacionais de intervenção precoce. Este é o modelo que encontramos em Portugal. (European Agency for Development in Special Needs Education, 2003)

As competências das ELI de IPI são definidas pela legislação portuguesa como:

"a) Identificar as crianças e famílias imediatamente elegíveis para o SNIPI;

- b)* Assegurar a vigilância às crianças e famílias que, embora não imediatamente elegíveis, requerem avaliação periódica, devido à natureza dos seus factores de risco e probabilidades de evolução;
- c)* Encaminhar crianças e famílias não elegíveis, mas carenciadas de apoio social;
- d)* Elaborar e executar o PIIP em função do diagnóstico da situação;
- e)* Identificar necessidades e recursos das comunidades da sua área de intervenção, dinamizando redes formais e informais de apoio social;
- f)* Articular, sempre que se justifique, com as comissões de protecção de crianças e jovens e com os núcleos da acção de saúde de crianças e jovens em risco ou outras entidades com actividade na área da protecção infantil;
- g)* Assegurar, para cada criança, processos de transição adequados para outros programas, serviços ou contextos educativos;
- h)* Articular com os docentes das creches e Jardins de Infância em que se encontrem colocadas as crianças integradas em IPI." (Decreto-Lei Nº281/2009 de 6 de Outubro: 7300)

Estão assim previstas na legislação e como competências dos profissionais de IPI a articulação com os serviços da comunidade, bem como os processos-chave identificados no capítulo anterior.

3.3. Organizações do terceiro sector

A protecção social e as políticas públicas procuram responder à satisfação das necessidades de segurança e bem-estar dos cidadãos através da intervenção de diversas entidades, independentemente da sua natureza pública ou privada. O chamado triângulo provedor de Abrahamson, Estado, Mercado e Sociedade Civil constitui o fornecedor de serviços da protecção social, tendo cada um destes vértices maior ou menor ênfase consoante as épocas e a região do globo. (Ferreira, 2009) No nosso país são definidos três sectores de propriedade dos meios de produção, consagrados na Constituição da República Portuguesa, Artigo 82º:

- "O sector público é constituído pelos meios de produção cujas propriedade e gestão pertencem ao Estado ou a outras entidades públicas.

- O sector privado é constituído pelos meios de produção cuja propriedade ou gestão pertence a pessoas singulares ou colectivas privadas, sem prejuízo do disposto no número seguinte.
- O sector cooperativo e social compreende especificamente:
 - a) Os meios de produção possuídos e geridos por cooperativas, em obediência aos princípios cooperativos, sem prejuízo das especificidades estabelecidas na lei para as cooperativas com participação pública, justificadas pela sua especial natureza;
 - b) Os meios de produção comunitários, possuídos e geridos por comunidades locais;
 - c) Os meios de produção objecto de exploração colectiva por trabalhadores;
 - d) Os meios de produção possuídos e geridos por pessoas colectivas, sem carácter lucrativo, que tenham como principal objectivo a solidariedade social, designadamente entidades de natureza mutualista.” (Constituição da República Portuguesa - VII Revisão Constitucional, 2005)

Caracterizando cada um destes sectores de uma forma simplificada, o primeiro caracteriza-se por se fundamentar em organismos estatais que perseguem objectivos públicos, o segundo enquadra entidades privadas que perseguem objectivos privados ou empresariais e, finalmente o terceiro sector, “caracterizado por se apoiar em instituições privadas que perseguem objectivos públicos, complementando as iniciativas dos dois primeiros.” (Carvalho, 2003:12-13)

O Terceiro Sector é um termo utilizado nos discursos técnicos, políticos e científicos que integra instituições que, não sendo Estado, produzem bens e serviços de interesse público e que, apesar de serem privadas, não têm como objectivo principal o lucro, podendo ser definido como o “conjunto de organizações muito diversificadas entre si, que representam formas de organização de actividades de produção e distribuição de bens e prestação de serviços, distintas dos dois agentes económicos – os poderes públicos e as empresas privadas com fins lucrativos-, designados frequentemente e de forma simplificada, por Estado e Mercado”. (Quintão, 2004:2) Este conjunto de organizações são formalmente constituídas, privadas, institucionalmente separadas do Estado mesmo que recebam financiamentos estatais, não têm fins lucrativos, se este for gerado é investido em melhoramentos da própria organização, são auto-governadas tendo o seu próprio sistema de gestão sem controlo de entidades externas e são voluntárias porque parte do seu rendimento assenta em contribuições voluntárias. (Caeiro, 2009) Sendo organizações cujo motor de acção é a cooperação e a ajuda mútua e não o lucro, a motivação e a iniciativa de acção aproximam-nas do sector privado. No

entanto, a orientação para um interesse colectivo de quem presta o serviço, a gestão democrática e independente e a distribuição de recursos assente em valores humanos e não de capital aproximam-nas do sector estatal. É com base nestas características que “o terceiro sector é usualmente creditado com a virtualidade de combinar eficiência com equidade.” (Santos, 1999:10)

“Nascidas no século XIX por iniciativa da sociedade civil, estas organizações desenvolveram-se de formas diferentes entre si, de país para país e de região para região, registando-se desde o final dos anos 70, dinâmicas de renovação da capacidade de iniciativa e inovação da sociedade civil.” (Quintão, 2004:1) O cooperativismo, o mutualismo e o associativismo são os três principais movimentos sociais que emergiram como formas de actividade económica alternativas. Como exemplos deste tipo de organizações temos as Fundações, Cooperativas, Misericórdias, Instituições Particulares de Solidariedade Social, Mutualidades ou Associações.

Para contextualizar a evolução do Terceiro Sector é imperativo que se faça uma breve alusão ao nascimento e declínio do Estado Providência, já que “qualquer que seja a ambiguidade conceptual do terceiro sector, a verdade é que nos países centrais o ressurgimento do terceiro sector está ligado à crise do Estado-Providência.” (Santos, 1999:8). Segundo Caeiro (2008), no sentido restrito do termo, Estado Providência significa a monopolização pelo estado das funções da solidariedade social. Este modelo desenvolveu-se na Europa após a 2ª Guerra Mundial e viria a ser determinante nas concepções político-sociais europeias. “Este modelo de Estado caracterizado pelo conjunto das actuações públicas, tendentes à garantia de bem-estar a todos os cidadãos de uma nação, e apenas pelo simples facto de o ser, ao acesso de um conjunto de serviços mínimos que permitiam garantir a sua sobrevivência, sistematizados em quatro principais, a saber: saúde, educação, pensões sociais e subsídio de desemprego.” (Caeiro, 2008:212-213) “A expansão do Estado Providência é correlativa da expansão do sector público e do crescimento deste, como sector económico distinto do mercado e caracterizado pelo princípio de redistribuição de recursos, tendo por fim a satisfação dos mais carenciados e a gestão dos desequilíbrios sociais gerados pela actividade do mercado.” (Quintão, 2004:4) Em termos gerais, pode ser considerado como um estado cuja natureza e objectivo são promover o bem-estar social dos cidadãos, assente numa lógica de regulação social, económica e política da sociedade e que visava também erradicar a doença como um problema social e político. Ao assumir os custos da saúde, da educação e da segurança social, o Estado aumentou as despesas com o bem-estar dos cidadãos e alterava a sua intervenção como agente económico, alargando o seu poder regulador e regulamentador, controlando grande parte das organizações privadas

que trabalhavam nestas áreas. Com esta implementação e crescimento do Estado Providência o Terceiro Sector é relegado para segunda instância em termos de importância no Estado, passando a ter um papel complementar.

A crise económica mundial nos anos 70 viria a alterar esta situação, dando azo às críticas a este modelo intervencionista do Estado que não conseguia resolver o aumento abrupto do desemprego e da inflação nem a diminuição do crescimento económico. (Caeiro, 2008) Acrescendo a estes factos, as alterações demográficas levaram a uma maior pressão sobre o sistema público de saúde, nomeadamente pelo aumento da esperança média de vida que originou um aumento exponencial da população vulnerável a doenças crónicas e inerentes ao envelhecimento, o que contribuiu para agudizar a sua crise económica e política. "Este contexto criou problemas endémicos de financiamento do sistema, levando à racionalização de gastos por parte do Estado e incentivando à partilha da gestão do sistema com o sector privado." (Cabral, 2002)

Como resultado da falência do Estado Providência no quadro da crise económica e social, da progressiva globalização económica e das transformações nas políticas do mercado, do trabalho e da protecção social assiste-se no final dos anos 70 a um novo desenvolvimento do Terceiro Sector no contexto europeu. (Quintão, 2004) "Muito em geral poderá dizer-se que a emergência do terceiro sector significa que finalmente o terceiro pilar da regulação social na modernidade ocidental, o princípio da comunidade, consegue destronar a hegemonia que os outros dois pilares, o princípio do Estado e o princípio do mercado, partilharam até agora com diferentes pesos relativos em diferentes períodos." (Santos, 1999:6) Neste contexto este desenvolvimento teve duas principais tendências, uma primeira por uma questão de necessidade, com uma renovação de iniciativas e experiências como resposta aos novos problemas sociais, às escalas local, nacional e também global. Uma segunda tendência por uma questão de identidade, com um movimento de aproximação dos diferentes ramos do terceiro sector entre si, nomeadamente pela constituição de estruturas federativas e de representação comum a nível nacional e transnacional. (Quintão, 2004)

Com uma longa tradição de grande envolvimento na sociedade no nosso país, assiste-se a um período de ressurgimento deste sector após a revolução de 1974. Há registos de organizações do terceiro sector que remontam aos séculos XII e XIII com o aparecimento das Corporações de Mestres, criadas para proteger os interesses e prestar assistência aos membros de determinada profissão e das Confrarias medievais que dirigiam os seus serviços aos seus confrades, mas que também prestavam assistência de caridade a não membros. Mais tarde, em finais do século XV são fundadas as primeiras Misericórdias, com um carácter mais assistencialista e paternalista pela herança da igreja

católica. Com o início da era industrial no século XIX e a não existência de instituições públicas que ajudassem os necessitados neste novo contexto socioeconómico, levou ao aparecimento das associações de trabalhadores que visavam a defesa dos seus direitos e a criação de medidas de segurança em caso de perda de emprego, de doença, morte ou incapacidade. São um exemplo as Associações de Socorro Mútuo, que organizavam e forneciam cuidados de saúde, educação e actividades culturais. (Franco, Sokolowski, Hairel e Salamon, 2005)

A instauração do Estado Novo em 1926, um estado autoritarista, regulador e controlador reflectindo um nacionalismo sólido, prudente e conciliador levou o país a um período de ditadura que durou 48 anos e que levou à estagnação dos movimentos associativos, deixando marcas profundas nas iniciativas da sociedade civil. Outro factor que contribuiu para este declínio foi a introdução do sistema de segurança social obrigatório, cobrindo os riscos de doença, incapacidade ou morte que até aqui eram assegurados exclusivamente pelo movimento mutualista. (Franco, 2005)

Após a revolução de 1974 e com a adopção da Constituição da República em 1976 deu-se o restabelecimento da liberdade de expressão e de associação, o que levou a uma explosão de movimentos associativos preocupados com os aspectos da vida social, como a melhoria das condições de habitabilidade através das associações de moradores, melhoria das condições e preservação do emprego associações de pais e serviços de apoio à infância. Por outro, lado com a criação do Sistema Nacional de Saúde estes serviços passaram a ser maioritariamente prestados pelo estado, nomeadamente a gestão dos hospitais das Misericórdias, que foram integrados na rede pública. Mas lentamente o estado reconheceu a importância de fazer uma parceria com o sector da sociedade civil. Em 1979 foi aprovado o estatuto das Associações Particulares de Assistência, hoje conhecidas como Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), que foi dirigido para todas as instituições que forneciam serviços de segurança social. Em 1981 foi autorizada a devolução às Misericórdias dos hospitais que lhe tinham sido retirados e em 1983, com a revisão do seu estatuto, a acção das IPSS foi alargada para incluir a prestação de serviços de saúde, educação, formação profissional e habitação. (Franco, 2005)

A partir da década de 80 a sociedade civil portuguesa inicia um processo de valorização das políticas de bem-estar, com discursos orientados para a crise do Estado Providência, a reforma da Segurança Social e a partilha de responsabilidade entre o Estado e a sociedade civil, reconhecendo-se a importância do terceiro sector. Na década de 90 e já com influências da UE, passa a dominar no discurso político a prioridade social, o que confere mais um novo alento a estas organizações. (Carvalho, 2003)

Até aqui o estado incentivava as IPSS a providenciar a prestação de serviços de acção social, mantendo um papel de principal financiador e regulador do sistema. (Dias, 2009) Existem hoje em Portugal um conjunto de políticas sociais promovidas pelo estado que propõem intervenções conducentes à resolução dos problemas das comunidades desfavorecidas ou em desvantagem. Muito por imposição das políticas sociais da UE, estas intervenções pressupõem parcerias, o que tem contribuído para a consolidação de uma cultura de parceria activa entre o estado e a sociedade civil, nomeadamente entre os serviços públicos centrais e as autarquias, associações, instituições de solidariedade e parceiros sociais, bem como para um aumento da cooperação entre os diferentes sectores. (Ferreira, 2009)

O terceiro sector em Portugal é dominado pelas “Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), estatuto que se reporta à natureza de bens e serviços que produzem e ao reconhecimento da sua importância por parte do Estado, na medida em que são idênticos aos objectivos públicos (expressos na própria Constituição).” (Ferreira, 2004) Estas organizações, as suas equiparadas e outras organizações de solidariedade social são o grande provedor directo de serviços, maioritariamente através de acordos de cooperação e de gestão com a Segurança Social. Como já referimos, existem várias tipologias de organizações dentro do terceiro sector, entre elas as cooperativas. É sobre este tipo particular de organização que nos iremos debruçar, uma vez que a CERCÍ Lisboa, entidade de acolhimento deste trabalho, é uma Cooperativa de Solidariedade Social.

No enquadramento jurídico nacional as cooperativas são, de acordo com o Código Cooperativo, Artigo 2º, “pessoas colectivas autónomas, de livre constituição, de capital e composição variáveis que, através da cooperação e entreaajuda dos seus membros, com obediência aos princípios cooperativos, visam, sem fins lucrativos, a satisfação das necessidades e aspirações económicas, sociais ou culturais daqueles.” (Lei Nº 51/96 - Código Cooperativo, de 7 de Setembro) Com uma independência relativamente ao tipo de actividade económica que podem desempenhar, as cooperativas obedecem a um determinado conjunto de regras que as distinguem dos outros tipos de sociedades, os princípios cooperativos definidos no Artigo 3º do já referido Código Cooperativo:

1º Princípio - Adesão voluntária e livre: As cooperativas são organizações voluntárias, abertas a todas as pessoas aptas a utilizar os seus serviços e dispostas a assumir as responsabilidades de membro.

2º Princípio - Gestão democrática pelos membros: Os membros participam activamente na formulação das políticas e na tomada de decisões; os representantes responsáveis são eleitos democraticamente.

3º Princípio - Participação económica dos membros: Os membros contribuem equitativamente para o capital das suas cooperativas e controlam-no democraticamente; os excedentes destinam-se a um ou mais dos objectivos seguintes: ao desenvolvimento das cooperativas, eventualmente através da criação de reservas, parte das quais, pelo menos, será indivisível, para benefício dos membros na proporção das suas transacções com a cooperativa ou para apoio a outras actividades aprovadas pelos membros.

4º Princípio - Autonomia e independência: As cooperativas são organizações autónomas de entreajuda controladas pelos seus membros; mesmo em caso de acordos com outras organizações, incluindo os governos, ou de recorrerem a capitais externos, devem fazê-lo de modo a que fique assegurado o controlo democrático pelos seus membros e se mantenha a sua autonomia como cooperativas.

5º Princípio - A educação, formação e informação: As cooperativas promovem a educação e a formação dos seus membros, dos representantes eleitos, dos dirigentes e dos trabalhadores, de modo a que possam contribuir eficazmente para o desenvolvimento das suas cooperativas.

6º Princípio - Intercooperação nacional e internacional: Desenvolvimento de cooperação trabalhando em conjunto, através de estruturas locais, regionais, nacionais e internacionais.

7º Princípio - Interesse pela comunidade: As cooperativas trabalham para o desenvolvimento sustentável das suas comunidades, através de políticas aprovadas pelos membros. (Lei Nº 51/96 - Código Cooperativo)

A CERCÍ Lisboa criada em Julho de 1975 por um grupo de familiares de crianças com deficiência intelectual, técnicos e pessoas interessadas foi a pioneira do movimento CERCÍ em Portugal. O modelo cooperativo assenta no princípio de que os cooperantes visam resolver em comum problemas que lhes são comuns, baseados nos princípios da solidariedade, igualdade, equidade e gestão de serviços, princípios filosóficos da organização cooperativa. A escolha deste modelo para a formação de uma organização de solidariedade social "é o reflexo automático da postura dos actores sociais envolvidos, no contexto sócio-político daquele tempo" (Veiga, 1998:23) e a solução cooperativa constitui um modo de organização social que tende a garantir a sua sobrevivência. Estavam então criados os alicerces para o aparecimento daquele que ficou conhecido

como Movimento CERC, que multiplicou a criação de respostas congêneres um pouco por todo o país de 1975 a 1981. Como consequência e, para uma rápida identificação da sua situação geográfica, a esta primeira CERC foi informalmente colocado o nome “Lisboa”, ficando então conhecida como CERC Lisboa. Este movimento que se insere na vitalidade do movimento cooperativo português, é facilmente explicável se o localizarmos nesse quadro mais abrangente do pós 25 de Abril de 1974. (Veiga, 1998)

O grande objectivo das CERC's é estruturar respostas adequadas e necessárias ao desenvolvimento das crianças, jovens e adultos com deficiência, bem como, apoiar e promover de forma diversificada a sua inclusão na Sociedade. Assumem-se como entidades prestadoras de serviços que intervêm supletivamente em áreas que são da competência e obrigação inalienável do Estado. No início da sua actividade, o trabalho das CERC's era fundamentalmente dirigido à população em idade escolar e consistia no apoio a necessidades educativas especiais. Assim, foram pioneiras em Portugal na criação de Escolas de Educação Especial para crianças com deficiência intelectual e/ou multideficiência, rompendo com uma tradição de atendimento meramente assistencial até então predominante no nosso país. (Fenacerci, s/d)

Com a experiência adquirida ao longo dos anos, consciencializou-se a importância e a necessidade de se ter uma visão mais alargada sobre o apoio ao cidadão com deficiência intelectual, colocando como base de referência um plano de acção referenciado a um modelo ecológico. Neste sentido, um número significativo de Cooperativas, asseguram actualmente um número significativo de valências de atendimento com o objectivo de abrangerem diversas faixas etárias e diferentes graus de deficiência, tais como Centros de Formação Profissional, Centros de Apoio Ocupacional, Unidades Residenciais, Unidades de Intervenção Precoce, Centros de Emprego Protegido, Enclaves e Unidades de Apoio à Família, Apoio Domiciliário, entre outros. (Fenacerci, s/d) “A intervenção é baseada no modelo biopsicosocial, centrada na pessoa, nas suas necessidades, potenciais e expectativas, e tendo em consideração o meio ambiente envolvente.” (CERC Lisboa, 2010)

Apesar das CERC's terem sido inicialmente formalmente integradas no ramo do Ensino, por inexistência de alternativas, desenvolviam já à data da revisão do Código Cooperativo em 1997, um conjunto de actividades diversificadas para públicos alvo igualmente diversificados. Após esta revisão do Código Cooperativo ficou consignada a instituição do Ramo Cooperativo da Solidariedade Social, o décimo segundo dos ramos que integram este sector económico, sendo a regulamentação específica das Cooperativas de Solidariedade Social publicada em 1998 no decreto-lei 7/98, de 15 de Janeiro. É neste ramo que se encontra a essência das CERC's, pelo que se pode inclusivamente dizer

que, de certo modo, foi a constatação de que a configuração do seu universo de intervenção alargado no domínio da intervenção social de proximidade, fez despoletar a criação e, posteriormente, a regulamentação deste novo ramo cooperativo. (Fenacerci, s/d)

Aquando da definição do estatuto das IPSS foi fomentada a criação de instituições de cúpula que representem o sector a nível nacional, com quem o estado negociou o próprio estatuto e os quadros legais de cooperação. (Ferreira, 2004:7) "O estabelecimento de uniões, associações, federações, confederações, ou redes entre as organizações é uma forma de compatibilizar a vocação universalista com a prática particularista, maximizando a vocação sem descaracterizar a natureza da acção." (Santos, 1999:11)

Em 1985 é então fundada a FENACERCI, organização de utilidade pública, uma federação que congrega actualmente a nível nacional cerca de cinco dezenas de CERCI's, que prestam atendimento, directa ou indirectamente, a cerca de 5.000 crianças, jovens e adultos portadores de deficiência mental e multideficiência. Prestando um conjunto de serviços de apoio que visam potenciar o trabalho desenvolvido pelas suas associadas tem como Missão "Promover a qualidade e sustentabilidade das respostas disponibilizadas pelas Associadas, e por esta via a promoção dos direitos das pessoas por estas apoiadas, pela via de processos de representação e formação sustentadas em lógicas de reconhecimento, validação e acreditação, na comunidade e junto dos interlocutores institucionais." (Fenacerci, s/d) Assente em valores como a solidariedade, a autenticidade, a credibilidade, a responsabilidade, o humanismo e a cooperação, apresenta como Visão "Um quadro de intervenção social protagonizado por organizações cidadãs, modernas nos mecanismos de gestão e funcionamento, apostadas na inovação e qualidade e promotoras do poder de decisão e participação activa dos clientes, nas decisões sobre todos os processos que lhe digam directa ou indirectamente respeito" (Fenacerci, s/d) e os seus objectivos são:

- Promover o reconhecimento dos direitos dos cidadãos com deficiência intelectual e/ou multideficiência, defender os seus interesses e os das suas famílias;
- Contribuir para que o atendimento que lhes é facultado tenha sempre como pressupostos de base critérios de qualidade, dignidade e adequabilidade;
- Actuar junto dos interlocutores institucionais para assegurar a implementação de medidas politico-legislativas e de apoios financeiros, no sentido de serem criadas melhores condições de intervenção;

- Sensibilizar e formar a opinião pública, intervindo junto dos meios de comunicação social, facilitando uma mudança de atitude que permita uma melhor integração das pessoas com deficiência intelectual e/ou multideficiência. (Fenacerci, s/d)

Enquanto interlocutora institucional das Cooperativas de Solidariedade Social, a FENACERCÍ promove uma intensa actividade junto de estruturas diversas como o Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P.⁶, o Instituto de Emprego e Formação Profissional, o Instituto da Segurança Social e a Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular, integrando vários grupos de Trabalho. (Fenacerci, s/d)

3.4. CERCÍ Lisboa

A CERCÍ Lisboa, Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados - CRL é uma Cooperativa de Solidariedade Social sem fins lucrativos, reconhecida como Pessoa Colectiva de Utilidade Pública. Apoiada em valores como o Optimismo, a Dedicção à causa, a Ética nos procedimentos, a Flexibilidade nas atitudes, a Determinação na acção e a Ousadia na inclusão, a CERCÍ Lisboa tem como visão "Ser uma entidade de referência no âmbito da inclusão social, proporcionando melhor qualidade de vida aos seus clientes e múltiplas formas de vivência em comum" e definiu como missão "Contribuir para melhorar a qualidade de vida das pessoas com deficiência intelectual, actuando na prevenção, sensibilização, promoção de competências e capacidades e desenvolvimento de actividades, através do fomento de uma comunidade orientada pelo optimismo, motivação e pela não discriminação." (CERCÍ Lisboa, s/d).

Fundada a 16 de Julho de 1975 por um grupo de familiares de crianças com deficiência intelectual, técnicos e pessoas interessadas, iniciou a sua actividade com um Centro Educacional nos Olivais, tornando-se, no âmbito da Educação Especial, uma referência nacional enquanto resposta totalmente inovadora. Conta com subsídios estatais e com o apoio de diversas entidades, nomeadamente públicas, autárquicas, priva estatais, usufruindo ainda de contributos da comunidade. (CERCÍ Lisboa, s/d)

Surge num momento político-social que então se vivia em Portugal e que era propício ao aparecimento de movimentos, associações e outras formas de manifestação de solidariedade que até então tinham estado vedadas aos cidadãos. A inexistência de instituições públicas ou privadas que proporcionassem as respostas necessárias ao

⁶ I.P.: Instituto Público

desenvolvimento harmonioso de crianças com deficiência intelectual despontou esta iniciativa, tornando-se uma alternativa para estas crianças e suas famílias.

Fazendo uma breve retrospectiva histórica em relação às respostas sociais que foi criando ao longo dos 35 anos da sua existência, em 1976 é criado um segundo Centro Educacional em Chelas, em 1983 é criado o Centro de Apoio ao Trabalho (CAT), que no ano seguinte é reconvertido em Centro de Actividades Pré-Profissionais e que em 1990 o passa a ser um Centro de Formação Profissional, com o apoio do Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP), ao abrigo da Medida 3 do Subprograma INTEGRAR, em 1996 é criado o Núcleo de Atendimento e Acessibilidade (NAACE), integrado na rede nacional RENAACE no âmbito do Programa Comunitário HORIZON – Eixo Emprego para Deficientes, actual CAAAPD - Centro de Atendimento, Acompanhamento e Animação para Pessoas com Deficiência, em 1997 é criado mais um Projecto de Actividades Ocupacionais, o “Passo a Passo”, em que a CERCIS Lisboa é consultora e dinamizadora, assegurando a sua gestão e é no final deste ano que se concretiza um velho anseio da CERCIS Lisboa, a criação do Programa Comunitário de Intervenção Precoce (PCIP), pela assinatura de um acordo de cooperação com o Centro Regional de Segurança Social de Lisboa e Vale do Tejo (actual Instituto de Solidariedade e Segurança Social). No ano seguinte, em 1998 é assinado novo protocolo com este Centro Regional para a criação de um programa de transição para a vida activa, o Espaço da Luz.

Em Dezembro de 1998 foi criado o Programa de Apoio Domiciliário, direccionado para pessoas acamadas ou com mobilidade condicionada, que viria a encerrar em Julho de 2010. No ano de 2000 foi criado o Programa de Intervenção Comunitária financiado pela Segurança Social, tinha como população alvo crianças/jovens de risco social e viria a ser encerrado em Agosto de 2008.

Desde 1999 que se formalizou o Departamento de Formação e Aperfeiçoamento de Activos, que se passou a denominar Departamento de Qualificação e Desenvolvimento de Activos em 2009, tendo sido integrado no Gabinete de gestão da Qualidade e Formação de Activos ainda neste mesmo ano.

Actualmente e, fruto da evolução e crescimento da organização, acompanhando as alterações demográficas da sua população alvo, bem como as constantes modificações sociais e legislativas e tendo em conta as necessidades sentidas, a CERCIS Lisboa tem como respostas sociais 3 Centros de Actividades Ocupacionais, comparticipados pela Segurança Social, constituindo-se uma modalidade de apoio integrado no âmbito da acção social para 167 pessoas com deficiência intelectual, tem como destinatários pessoas com deficiência intelectual com idade igual ou superior a 16 anos e

impossibilitadas temporária ou permanentemente de integrar uma das políticas sociais de emprego vigentes e cujo objectivo é promover a valorização pessoal e a inclusão de pessoas com deficiência intelectual, permitindo o máximo desenvolvimento das suas capacidades e potenciais; o Programa Comunitário de Intervenção Precoce (PCIP), apoiado pela Segurança Social, uma resposta social de intervenção integrada, que desenvolve actividades e dinâmicas centradas na criança e na família, no âmbito da acção social, em estreita articulação com os serviços da saúde e da educação e desenvolvido através de acções de carácter preventivo e habilitativo e que tem como destinatários crianças até aos 6 anos de idade com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento, e suas famílias; o Lar Residencial que tem como destinatários pessoas com deficiência intelectual com idade igual ou superior a 16 anos, dando prioridade a clientes da CERCÍ Lisboa e que funciona nos dias úteis das 17h às 9 horas do dia seguinte durante 24 horas ao fim de semana; o Centro de Atendimento, Acompanhamento e Animação para Pessoas com Deficiência (CAAAPD), resposta social destinada a informar, orientar e apoiar a pessoa com deficiência e incapacidades e suas famílias, promovendo a sua capacitação para a procura de soluções que respondam às necessidades apresentadas, favorecendo a sua inclusão social.

Além das referidas respostas sociais, a CERCÍ Lisboa tem ainda como serviços o Centro de Formação Profissional, que tem como objectivo promover acções que permitam a aquisição e desenvolvimento de competências profissionais facilitadoras do acesso de pessoas com deficiência e incapacidade ao mercado de trabalho, tem como destinatários pessoas com deficiência intelectual, com idade superior a 15 anos e sendo actualmente os cursos disponíveis Carpinteiro de Limpos, Operador de Jardinagem, Estofador, Cozinheira, Costureira e Serventes em Geral; o Centro de Recursos para a Inclusão (CRI), serviço que tem como objectivo apoiar a inclusão de crianças e jovens com deficiência e incapacidades integrados em escolas de ensino regular, através da implementação de planos de acção individualizados, de acordo com as suas necessidades e potenciais, que tem como destinatários: crianças e jovens do ensino regular ao abrigo do Decreto-lei 3/2008⁷ e que tem o apoio do Ministério da Educação. (CERCÍ Lisboa, s/d)

Assinalando outros marcos importantes na história da organização, em 1977 realiza-se o Primeiro Congresso Internacional da CERCÍ Lisboa – O desenvolvimento da criança na perspectiva de Jean Piaget, que decorreu durante cinco dias nas instalações do Laboratório de Engenharia Civil e da Biblioteca Nacional. Em 1981 são traçados os primeiros planos para a construção de raiz de um Centro de dimensões que pudesse

⁷ Decreto-Lei 3/2008: Decreto-Lei que regulamenta a Educação Especial

albergar um Centro de Actividades Ocupacionais e uma Residência, cujo lançamento da primeira pedra acontece em 1995 dando início à construção daquele que é actualmente o Centro de Transição para a Vida Adulta e Activa, que foi inaugurado em Setembro de 1999.

A CERCÍ Lisboa enquanto pioneira do movimento CERCÍ em Portugal foi também uma dinâmica impulsionadora da criação de uma federação que melhor representasse e defendesse os interesses de todas as CERCÍs, pelo que foi sócia fundadora da Fenacerci em 1985, da qual assumiu a Direcção até 2005.

Em 1996 realiza-se o 2º Congresso Internacional da CERCÍ Lisboa – “Analisar o presente para debater o futuro”, que se realizou durante três dias nas instalações da antiga FIL⁸ e é criada a empresa de confecções Cecirlis, Lda para dar resposta à colocação no mercado de trabalho de jovens formandas do curso de *tricot*. Esta empresa viria a encerrar em 2006.

Ao longo da sua história, a CERCÍ sempre assumiu o desafio de acompanhar os referenciais teóricos e as políticas sociais vigentes, acreditando que só desta forma podia continuar a desenvolver a sua intervenção e a ser eficaz nas respostas criadas. Assume-se hoje como uma organização pró-activa, que proporciona respostas a cerca de 600 clientes em diversos âmbitos de intervenção social. Procura manter-se actualizada do ponto de vista teórico-prático, acompanhar as mudanças sociais e enfrentar os desafios que se colocam no âmbito das actuais políticas nacionais e europeias. O desenvolvimento da CERCÍ enquanto Organização baseia-se, também, num esforço de actualização constante, na renovação dos seus saberes, na sistematização dos conhecimentos acumulados e numa aposta de abertura ao exterior que está subjacente a toda a sua intervenção.

Os desígnios da intervenção da CERCÍ Lisboa são também fortemente influenciados pela adesão de Portugal à União Europeia, que permitiu a participação da Cooperativa em diversos projectos de âmbito transnacional. Ao participar nestes projectos foi possível expor um portefólio de metodologias e estratégias desenvolvidas e significativamente reconhecidas pelos parceiros europeus, dar consistência e rigor científico ao seu trabalho e criar condições para o aparecimento de novas respostas de intervenção. (CERCÍ Lisboa, 2010)

⁸ Feira Internacional de Lisboa

As respostas sociais que a CERC Lisboa foi criando resultam, não só de necessidades sentidas na comunidade, como também da vontade de prestar um atendimento durante todo o Ciclo de Vida. Acompanhando a perspectiva da necessidade da estimulação precoce nas crianças com deficiência e, simultaneamente, as soluções preconizadas ao nível das Políticas Sociais e de Reabilitação, em 1997 criou um serviço destinado a crianças dos 0 aos 6 anos e suas famílias, o Programa Comunitário de Intervenção Precoce (PCIP). Este programa visa na sua essência iniciar, o mais cedo possível, um processo de intervenção planeado e transversal junto de crianças com deficiência, multideficiência ou em risco e suas famílias, criando assim condições facilitadoras do seu desenvolvimento global, num período decisivo do seu crescimento.

3.5. PCIP

3.5.1. Projecto inicial do PCIP

O projecto inicial do PCIP foi aprovado em Dezembro de 1997 pela celebração de um acordo de cooperação entre a CERC Lisboa e o Centro Regional de Segurança Social de Lisboa e Vale do Tejo (actual Instituto de Solidariedade e Segurança Social), para a valência de Apoio Precoce com a capacidade de 30 utentes. São regularmente adicionados anexos a este acordo, relativos aos utentes apoiados e ao financiamento anual do projecto pelo Instituto.

Nesta altura o PCIP surgiu como um projecto inovador, já que é anterior à primeira legislação de regulamentação da IPI no nosso país (Despacho Conjunto 891/99 dos Ministérios da Educação, Saúde e Trabalho e Solidariedade). Apresenta uma filosofia de intervenção de acordo com a preconizada pelos *experts* internacionais em IPI, com base num modelo ecológico e uma equipa com técnicos de diferentes formações e experiência de IPI noutros formatos. Foram, aliás, esta experiência anterior e a formação em IPI da maioria dos técnicos que constituíam a equipa do PCIP nesta fase inicial, os factores fundamentais para a adopção da filosofia de intervenção e desenho do projecto.

3.5.2. Objectivos iniciais do PCIP

No projecto inicial foram definidos como objectivos gerais:

- “- Promover a articulação e potenciar a acção dos serviços existentes na comunidade;
- Contribuir para uma melhor qualidade de vida das famílias em situação de risco;

- Promover o desenvolvimento, a autonomia e a competência da criança;
- Elaborar programas individualizados e adaptados às necessidades, características, competências e recursos da díade criança/família;
- Desenvolver as capacidades e competências da família na mobilização e criação de redes de suporte social;
- Contribuir para uma melhor qualidade nas interacções pais/criança;
- Promover a desmultiplicação de informação e conhecimentos entre serviços, entre técnicos e entre famílias;
- Promover a detecção e prevenção das situações de risco;
- Promover a criação de um centro de recursos da comunidade, potenciando a intervenção dos técnicos das diferentes valências da CERC Lisboa.” (CERC Lisboa, 1997:4-5)

Foram ainda definidos objectivos específicos para as acções a desenvolver nas intervenções no sistema nuclear (criança/família), na comunidade e na dinamização da equipa, a saber:

- Intervenção no Sistema Nuclear – Pretende-se com estas acções potenciar a interacção família/criança/técnico.

Objectivos específicos:

- Promover o desenvolvimento, a independência e as competências da criança, proporcionando-lhe experiências de vida normalizantes;
- Identificar recursos e necessidades da criança;
- Produzir modificações no sistema familiar (qualidade de vida), de forma a criar um envolvimento mais favorável ao desenvolvimento da criança.

Assim, o PCIP preconiza uma intervenção estruturada de acordo com programas individualizados, com uma componente domiciliária, uma organização transdisciplinar da equipa, incluindo a família como parceira, uma avaliação contínua e também sumativa, o trabalho em rede, a elaboração de um Plano Individual de Apoio à Família (PIAF) com identificação do gestor de caso, caracterização inicial da família, da criança e da comunidade envolvente, com identificação das áreas fortes, necessidades e prioridades e estabelecimento de objectivos de intervenção para a família, para a criança e para a comunidade. Através do acompanhamento à família, procura os mecanismos que

propiciam uma integração também ela precoce e pretende respostas diversificadas em termos habilitativos, alargando assim a sua acção oferecendo-lhes um conjunto de acções optimizadoras e compensadoras, com as quais se pretende alcançar o máximo desenvolvimento pessoal e integração social.

▪ Intervenção na Comunidade – pretende-se intervir junto da comunidade no sentido de uma resposta mais eficaz às necessidades da família. Numa perspectiva mais globalizante, no sentido de rentabilizar a acção de todos os serviços da comunidade, com vista a um acompanhamento longitudinal do percurso das famílias abrangidas pelo projecto, articulando com os serviços envolvidos.

Objectivos específicos:

- Elaborar um levantamento de recursos existentes de modo a dar uma resposta adequada às necessidades reais da família;
- Utilizar e contactar esses recursos para uma melhoria das condições de vida da família;
- Promover a articulação entre serviços;
- Desenvolver um acompanhamento de retaguarda do percurso de vida das crianças com deficiência e suas famílias;
- Sensibilizar organismos e entidades existentes na comunidade (médicos pediatras dos Centros de Saúde, consultas de neonatologia e gravidez de risco nos hospitais de Lisboa);
- Promover a detecção precoce;
- Funcionar como um centro de recursos e acompanhamento às futuras mães com gravidez de risco.

O PCIP procura então constituir-se como um centro de recursos da comunidade, cuja acção se centraliza cada vez mais no prognóstico, prevenção e tratamento da situação destas crianças, com um trabalho que se desenvolve no meio natural e em idades precoces com o objectivo final da sua inclusão sócio-educativa, através da diversificação dos atendimentos e da sua filosofia de intervenção.

▪ Dinamização da equipa – pretende-se a valorização e auto-formação dos técnicos e famílias envolvidas. As famílias são aqui consideradas como membros integrantes da equipa.

Objectivos específicos:

- Promover a formação e a auto-formação da equipa;
- Promover a existência de uma equipa transdisciplinar onde todos os intervenientes (pais e equipa), se possam valorizar com a troca de experiências. (CERC Lisboa, 1997)

Como suporte a estes objectivos e baseados nas recomendações internacionais para a IPI, estão os princípios orientadores da filosofia de acção do PCIP:

- “Modelo Ecológico de Intervenção, centrado na interacção pais/ criança, tendo como pressupostos os princípios de individualização, normalização, transitoriedade e interferência mínima.
- Intervenção estruturada de acordo com programas individualizados.
- Componente domiciliária, assegurando a participação activa dos pais nas actividades desenvolvidas.
- Metodologias interactivas que permitam aos pais e crianças ser agentes do seu poder, privilegiando uma centração na família.
- Organização de equipa transdisciplinar.
- Atitude de avaliação contínua, conjunta e activa por parte de todos os intervenientes.
- Trabalho em rede, fomentando a articulação entre serviços.
- Interacção entre as famílias e técnicos, promovendo a inter-ajuda e a multiplicação de informação e estratégias de intervenção.” (CERC Lisboa, 1997)

Para além das acções directas a desenvolver com cada família/criança, foram definidas como acções gerais a desenvolver pela equipa:

- Pesquisa de documentos/instrumentos relativos à IPI, legislação e escritos, sua análise, levantamentos de dados relevantes e sua organização
- Levantamento de recursos da comunidade relativos à IPI e necessidades envolventes
- Levantamento, avaliação e reestruturação de instrumentos de trabalho
- Reuniões semanais de equipa
- Reuniões com serviços da comunidade
- Recurso a serviços da comunidade para complemento da intervenção
- Encontros/Acções de formação para pais e técnicos

- Formação periódica para pais
- Organização processual

O PCIP apresenta então uma organização funcional que se caracteriza por uma intervenção de carácter ecológico (nos contextos naturais de vida da criança), uma equipa transdisciplinar com um perfil flexível e dinâmico, onde para cada família existe um gestor de caso, sendo este técnico o responsável pela gestão da intervenção com a família.

3.5.3. Avaliação prevista no projecto inicial do PCIP

Em relação à avaliação deste projecto, no acordo de cooperação ficou estipulada na 2ª cláusula, alínea e) como obrigação da instituição fornecer ao Centro Regional informações e outros dados, designadamente de natureza estatística e, em especial, as alterações de frequência dos utentes; como obrigação do Centro Regional, na 3ª cláusula, alínea c), avaliar a qualidade dos serviços prestados e o sentido social das respostas desenvolvidas pela instituição. Até à presente data, porém, não foi efectuada nenhuma avaliação do PCIP com este teor pelo Centro Regional.

A avaliação do projecto foi nesta altura definida pela CERC Lisboa com dois âmbitos de incidência, o processo e o produto. A avaliação do processo deveria ter em conta a caracterização das crianças a apoiar pelo projecto, a avaliação das crianças e das famílias, as relações estabelecidas entre famílias e profissionais, os programas desenvolvidos, a eficácia das respostas dos serviços envolvidos e o funcionamento da equipa do projecto, sendo processada semanalmente em reuniões da equipa. A avaliação do produto foi por sua vez definida tendo como objectivo principal o impacto do projecto junto da população abrangida directa e indirectamente e tendo como parâmetros o desenvolvimento da criança, a interacção pais/criança, o stress familiar, a qualidade dos contextos educativos e os serviços recebidos e actuates para além deste projecto, sendo a sua periodicidade prevista de realização trimestral, ou por períodos inferiores se fosse sentida a necessidade de efectuar reformulações no processo.

No entanto, esta avaliação não é sentida como tal pela equipa. Expressa em relatórios anuais de actividades, destes a equipa tira apenas dados numéricos da sua intervenção, a avaliação da sua eficácia e eficiência. Com a introdução de um questionário de avaliação da intervenção junto das famílias e dos técnicos da comunidade com quem o PCIP articula no ano lectivo 2004/2005 e o consequente aparecimento de indicadores mais direccionados para a satisfação dos clientes e parceiros, a equipa do PCIP começa a

sentir a avaliação mais direccionada para os processos da sua intervenção, mas ainda de forma insuficiente para perceber necessidades e adequar essa mesma intervenção.

4. Avaliação de processo do PCIP

4.1. Dimensões

Para esta avaliação de processo do PCIP foram consideradas as diferentes dimensões de actuação do programa, nomeadamente:

- A caracterização do programa ao longo do tempo, através da análise documental de Planos e Relatórios de Actividades, entre outros documentos e respectiva sistematização da informação relativa aos beneficiários – número e tipo de necessidade, constituição da equipa, financiamento, locais e tipos de apoio, parcerias formais e informais e acções dinamizadas. Para além da análise documental a própria experiência e conhecimento do investigador enquanto elemento da equipa do PCIP foi essencial para esta caracterização.
- A entidade promotora, a CERC Lisboa através da Coordenadora do PCIP, que foi um dos informantes privilegiados da entrevista semi-estruturada;
- A entidade financiadora, o Instituto da Segurança Social, através da técnica responsável pela aprovação do projecto inicial do PCIP e da actual Subcomissária do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social para a região de Lisboa e vale do Tejo do SNIPI, que foram informantes privilegiadas das entrevistas semi-estruturadas;
- Dos parceiros formais, o Ministério da Educação, através de duas Educadoras das equipas de IPI, uma de cada um dos dois agrupamentos de referência para a IPI na cidade de Lisboa, que foram também informantes privilegiadas das entrevistas semi-estruturadas;
- As famílias, através do preenchimento do questionário ESFIP;
- A equipa do PCIP, também pelo preenchimento do questionário ESFIP, versão profissionais.

Para abarcar estas dimensões e seguindo as orientações teóricas encontradas na revisão bibliográfica já referidas anteriormente sobre a avaliação de processo, decidiu-se seguir uma sequência lógica norteada pela dimensão analítica da entrevista na apresentação da avaliação de processo do PCIP realizada no âmbito deste trabalho. Assim, serão

introduzidos para cada critério os dados obtidos das diferentes técnicas de recolha utilizadas. Desta forma iniciaremos por descrever as características do PCIP e seguidamente a avaliação de cada um dos processos-chave da sua intervenção.

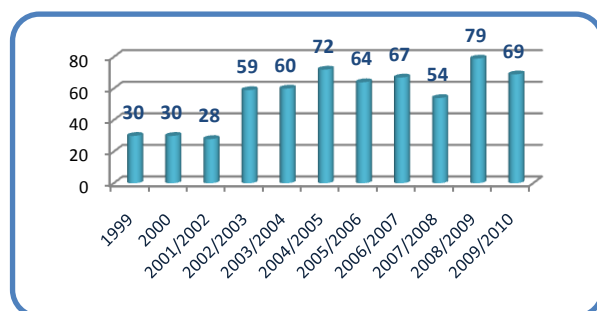
Sendo uma das dimensões em análise, parece-nos relevante uma breve referência aos diferentes tipos de parcerias estabelecidas. Estas podem ser operacionais, de desenvolvimento ou de responsabilidade social. Consideram-se parcerias formais as que estão formalizadas por um protocolo escrito onde estão consignados os seus termos e informais as que se desenvolvem sem protocolo escrito e que se desenvolvem e mantêm enquanto o programa articula com as entidades/organizações.

4.2. Avaliação de processo do PCIP

4.2.1. Caracterização do PCIP

Da análise documental efectuada puderam retirar-se dados que ilustram algumas características do PCIP. Ao longo dos doze anos de funcionamento, têm vindo a registar-se alterações na constituição da equipa, estando este facto directamente relacionado com o montante do financiamento que lhe é afecto anualmente de acordo com as parcerias estabelecidas o que, conseqüentemente, tem implicações no número de crianças/famílias apoiadas, como apresentado no Gráfico 1.

Gráfico 1: Número de crianças/famílias apoiadas



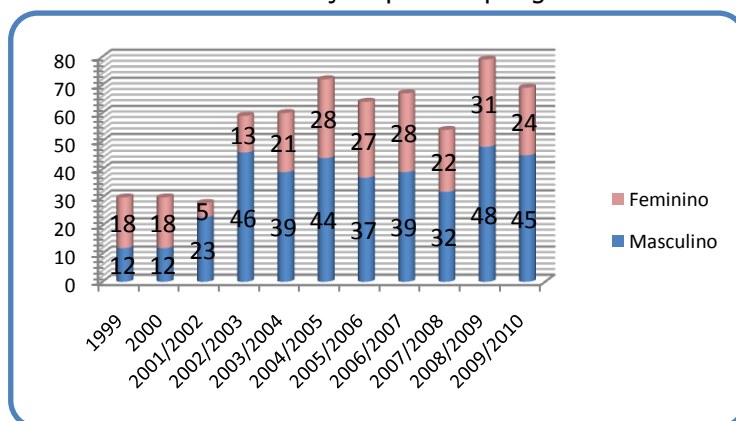
Da análise do Gráfico 1 identifica-se o ano lectivo de 2008/2009 como aquele em que houve maior número de crianças/famílias apoiadas, com 79 casos e o de 2001/2002 com menor número, 28.

Fonte: Elaborado a partir dos Relatórios de Actividades do PCIP de 1999 a 2009/2010 e das listagens da população alvo apoiada pelo PCIP de 2001/2002 a 2009/2010.

Mais à frente, na Tabela 5 serão referidas estas alterações no financiamento.

Em relação ao género, podemos constatar no Gráfico 2 que o masculino aparece maioritariamente em maior número que o feminino.

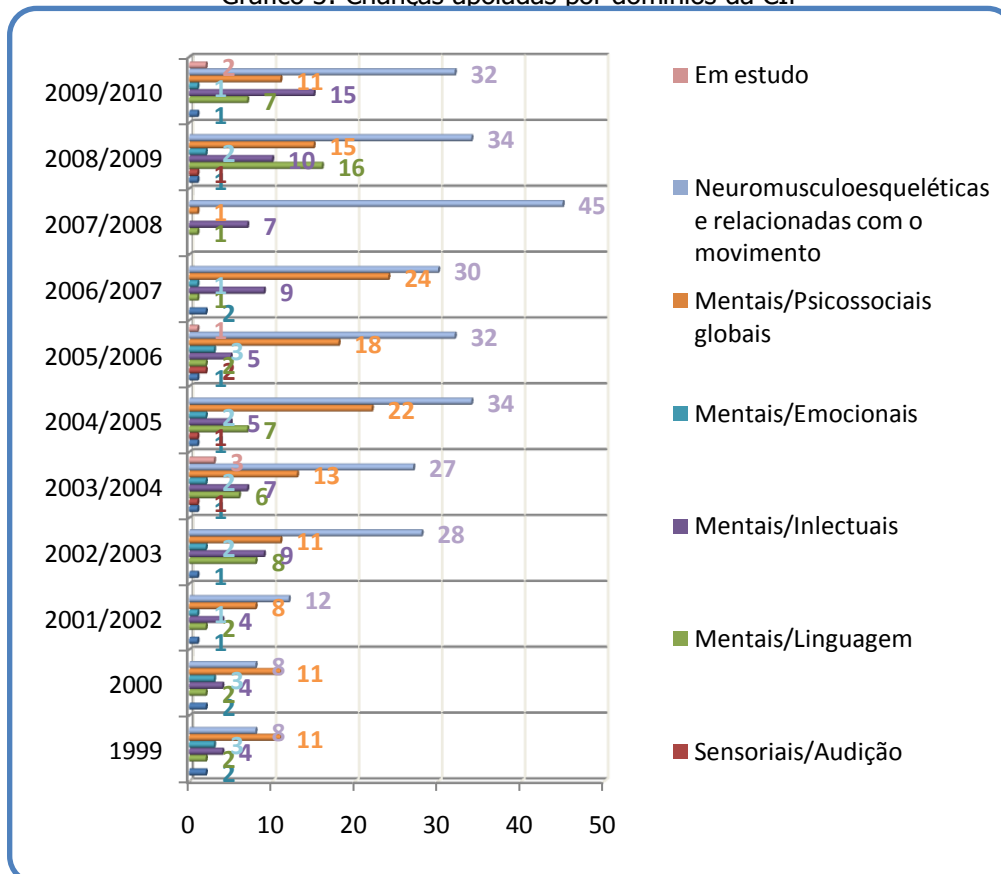
Gráfico 2: Crianças apoiadas por género



Fonte: Elaborado a partir dos Relatórios de Actividades do PCIP de 1999 a 2009/2010 e das listagens da população alvo apoiada pelo PCIP de 2001/2002 a 2009/2010.

Em relação às problemáticas que as crianças apoiadas pelo PCIP apresentam, estas estão sistematizadas no Gráfico 3.

Gráfico 3: Crianças apoiadas por domínios da CIF



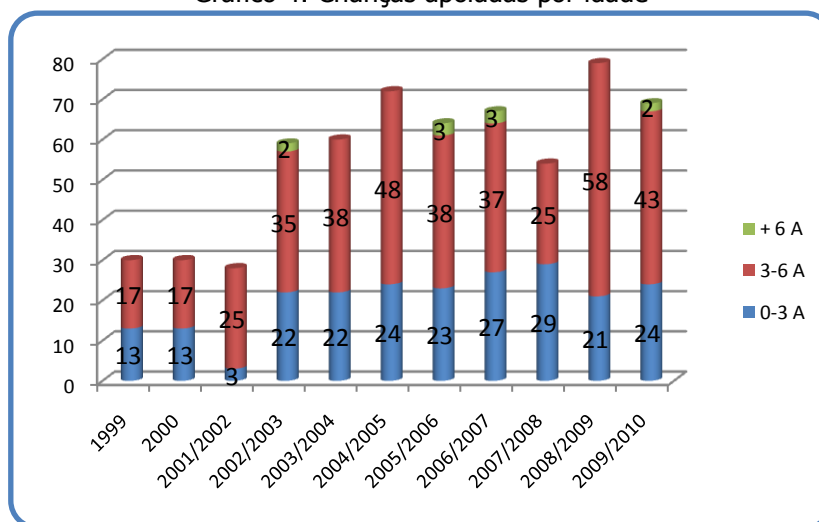
Fonte: Elaborado a partir dos Relatórios de Actividades do PCIP de 1999 a 2009/2010 e das listagens da população alvo apoiada pelo PCIP de 2001/2002 a 2009/2010.

Decidimos não apresentar diagnósticos clínicos, já que se tornaria muito exaustivo. Assim, optámos por apresentá-las de acordo com a Classificação Internacional de

Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens, instrumento já referido anteriormente e previsto de ser utilizado para a IPI pela legislação portuguesa.

Da análise do Gráfico 3 verificamos que as condições Neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento são as que dominam os casos apoiados pelo PCIP, seguidas pelas Mentais/Psicossociais globais. De facto não se contabilizam casos de risco apoiados por esta equipa, aparecem casos pontuais sem domínio definido, 3 no ano lectivo de 2003/2004, 1 em 2005/2006 e 2 em 2009/2010. Uma das explicações para este facto pode ter a ver com a especificidade técnica da equipa, já que é constituída maioritariamente por técnicos de diagnóstico e terapêutica e psicólogas.

Gráfico 4: Crianças apoiadas por idade



Fonte: Elaborado a partir dos Relatórios de Actividades do PCIP de 1999 a 2009/2010 e das listagens da população alvo apoiada pelo PCIP de 2001/2002 a 2009/2010.

No que diz respeito à idade das crianças apoiadas pelo PCIP, podemos verificar da análise do Gráfico 4 que, proporcionalmente, as crianças com menos de 3 anos são sempre em menor número do que as que têm entre 3 e 6 anos.

Esta situação pode dever-se não só à sinalização tardia dos casos para apoio, mas aparentemente ao tempo de permanência da criança com apoio do PCIP, o que acontece na maioria dos casos pelas suas problemáticas que implicam um acompanhamento continuado no tempo, o que leva a que a criança mantenha o apoio do PCIP até ao limite de idade, os 6 anos.

Este limite pode ainda ser prorrogado por mais um ano se for pedido o adiamento de escolaridade, o que permite que a criança tenha o apoio de um programa de IPI enquanto frequentar um Jardim de Infância e não ingressar no 1º Ano do 1º Ciclo do

ensino básico. É o que acontece com os casos identificados com mais de 6 anos no Gráfico 4.

Passamos agora a fazer uma caracterização da constituição da equipa, estando este facto directamente relacionado com o financiamento afectado anualmente, como já anteriormente referido, informação esta sistematizada na Tabela 5. Tendo iniciado a sua actividade de apoio directo em 1998 com financiamento pela Segurança Social, no final do primeiro ano lectivo de funcionamento, em 1999 foi pedido ao ISS alargamento do financiamento, no sentido de aumentar a capacidade de resposta deste projecto. Este pedido foi indeferido, tal como em 2000, altura em que foi pedido novo alargamento do financiamento, o que veio a acontecer no ano lectivo 2002/2003.

Tabela 5: Constituição da equipa do PCIP/Financiamento*

	Seg. Social						ME (DREL)						ME (Ag. Luís Camões)						ME (Ag. Stª Mª Olivais)					
1999	20	20	20	20		20																		
2000	20	20	20	20		20																		
2001/2002	20	20	20	20		20						1												
2002/2003	20	20	35	28	8	20						4												
2003/2004	20	20	20	20		20	15		15	7	8	6												
2004/2005	20	20	20	20		20	20	5	25	15		6												
2005/2006	20	23,5	20	16,5		20	20		25	15	15	6												
2006/2007	20	23,5	20	16,5		20	25		25	15	15	4												
2007/2008	20	23,5	20	16,5		20	25		25	15	15													
2008/2009	20	30	20	13,5		20							17		20	15	10		10		25	20	10	
2009/2010	20	30	20	13,5		20							7		20	20	10				30			
Pt		TO		TF		Psic.		Psicomot		Coord.		Educ.												

Ft	TO	TF	Psic.	Psicomot	Coord.	Educ.
----	----	----	-------	----------	--------	-------

* Para os técnicos e para a Coordenadora o financiamento é apresentado por número de horas semanais afectadas; Para as educadoras é por número de docente

Fonte: Elaborado a partir dos Relatórios de Actividades do PCIP de 1999 a 2009/2010.

Foi também solicitada em 2000 a alteração de nome de Projecto Comunitário de Intervenção Precoce para Programa Comunitário de Intervenção Precoce, o que aconteceu em 2001. Em 2002 foi estabelecida uma parceria com o Ministério da Educação ao abrigo da portaria 1102/97, alínea c), tendo-se alargado o financiamento do projecto também a este Ministério, sendo a capacidade de resposta do PCIP ampliada para mais 30 famílias, com a entrada na equipa de 4 Educadoras de Infância da Equipa de Coordenação dos Apoios Educativos (ECAE) Lisboa 1. Promovendo-se a conjugação de esforços no sentido de complementar os recursos de ambas as partes, para além do alargamento de recursos humanos, esta parceria traduziu-se ainda no desenvolvimento de acções conjuntas interactivas no âmbito do programa e na utilização do espaço físico

e de materiais e recursos diversos do PCIP para toda a equipa. Conseguiu-se assim a implementação na zona de abrangência do programa um apoio integrado em IPI mais abrangente e eficaz.

Em 2004 houve um aumento do financiamento de técnicos pelo Ministério da Educação e foi também neste ano lectivo (2004/2005) que se sistematizou a Formação para famílias e parceiros informais.

No ano lectivo de 2006/2007 foi reduzido o número de Educadoras de Infância colocadas para IPI e no ano lectivo seguinte, 2007/2008 estas deixaram de ser elementos integrantes da equipa, tendo sido colocadas 8 Educadoras de Infância em dois agrupamentos de escolas, Luís de Camões e Santa Maria dos Olivais para dar apoio em IPI a toda a cidade de Lisboa, com quem o PCIP articulou a sua intervenção.

Em 2008/2009 os dois agrupamentos de escolas referidos anteriormente, Luís de Camões e Santa Maria dos Olivais passaram a ser os agrupamentos de referência para a IPI na cidade de Lisboa e passaram a ser parceiros formais do PCIP, com a afectação de técnicos para cada um deles. A saída da nova legislação para a IPI em Outubro de 2009 decreta que seja a Segurança Social a financiar os técnicos para a IPI, como referido anteriormente. Mas este financiamento não foi actualizado pela Segurança Social no início do ano lectivo 2009/2010 e a afectação dos técnicos e respectivo financiamento para os dois agrupamentos de referência para a IPI pelo Ministério da Educação só foi efectuada em Janeiro de 2010, o que se traduziu no atraso ou mesmo na cessação do apoio em IPI a algumas crianças/famílias.

No que diz respeito às parcerias informais, estas estão sistematizadas no Anexo 14, Gráfico 10. O dado mais evidente da sua análise é o facto de as Creches e os Jardins de Infância serem os parceiros informais privilegiados do PCIP, o que é facilmente compreensível pelo carácter ecológico da sua intervenção. Em segundo lugar aparecem os hospitais e os Centros de Saúde, sendo que as entidades se repartem por todos os sectores desde a Saúde, Educação e Segurança Social, bem como tipologias, públicas, privadas, IPSS, etc.

Pareceu-nos relevante separar as Creches dos Jardins de Infância, já que se forem entidades públicas, dependem de ministérios diferentes, as primeiras do Ministério do Trabalho e da Solidariedade e os segundos do Ministério da Educação. No entanto esta separação só estava disponível nos documentos analisados desde o ano lectivo de 2001/2002.

Existem também dados recolhidos sobre a articulação com os parceiros informais quer nos questionários, quer nas entrevistas. Estes dados serão analisados mais à frente no capítulo da análise do processo-chave Intervenção directa.

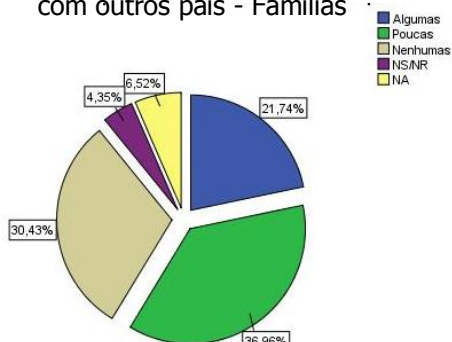
As parcerias formais estabelecidas com o PCIP, para além dos seus financiadores, o Instituto da Segurança Social pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade e a Direcção Regional de Educação de Lisboa pelo Ministério da Educação, são com a Consulta de Desenvolvimento do Hospital D. Estefânia e com a consulta de Sub-Visão do Instituto Oftalmológico Gama Pinto. Estas parceiras traduzem-se na sinalização atempada, na rapidez de resposta na marcação de consultas e na troca de informação entre os profissionais. Com o hospital D. Estefânia há uma reunião mensal com a coordenadora do PCIP para articulação e discussão de casos. Os agrupamentos de escolas de referência para a IPI na cidade de Lisboa, os agrupamentos Luís de Camões e Santa Maria dos Olivais são também parceiros formais do PCIP para a intervenção.

Uma das acções que o PCIP sistematizou a partir de 2004 foi a realização de Acções de Formação/Sensibilização para famílias e técnicos dos parceiros. A partir da análise do Anexo 14, Gráfico 11 podemos verificar que esta é uma iniciativa que se tem mantido ao longo do tempo, com várias tipologias. Assim, temos acções dirigidas a famílias e técnicos, só a famílias, internas para a equipa e externas, em que um ou mais elementos da equipa são formadores em acções fora do PCIP. Os formadores destas acções dinamizadas pela equipa podem ser os próprios elementos da equipa ou formadores externos convidados a título gracioso.

Como outras acções dinamizadas pela equipa parece-nos importante salientar a realização de um Encontro de Famílias anual, que ocorre normalmente perto do final do ano lectivo, em Junho ou Julho. É um momento de convívio que se pretende informal, mas que não deixa de ser uma oportunidade para que as famílias beneficiárias do PCIP se conheçam, interajam e partilhem experiências e informações entre si e com os elementos da equipa com quem não têm um contacto sistemático, aqueles que não intervêm directamente com a criança.

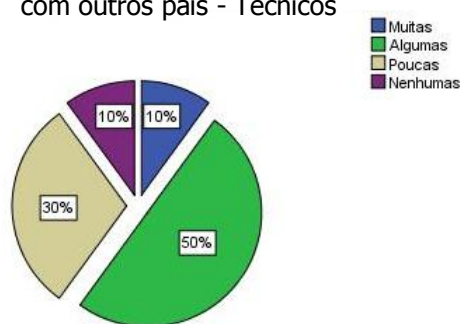
Da análise dos questionários foi também possível recolher dados sobre a oportunidade de contactos entre famílias. Analisando estes dados, podemos verificar que 36,96% das famílias pensam que existem poucas oportunidades de contactos com outros pais e 30,43% referem que não há nenhuma. Já a opinião dos técnicos é diferente, uma vez que metade dizem que há algumas e 30% poucas.

Gráfico 5: Oportunidades contacto com outros pais - Famílias



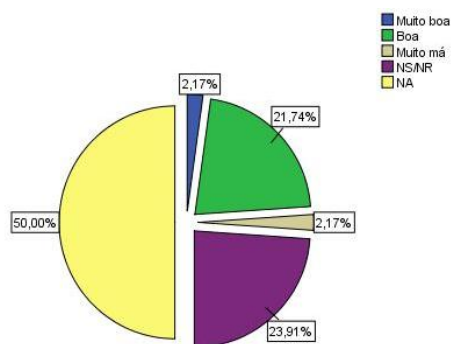
Fonte: Inquérito às famílias

Gráfico 6: Oportunidades contacto com outros pais - Técnicos



Fonte: Inquérito aos técnicos

Gráfico 7: Ajuda do contacto com outros pais – Famílias



Fonte: Inquérito às famílias

Quando questionadas sobre se os contactos com outros pais estão a ser uma ajuda, metade assinala a questão como “Não aplicável” e 23,91% “Não sabe/Não responde”, o que não é incoerente com a questão referida anteriormente. No entanto, 21,74% classificam-na como boa.

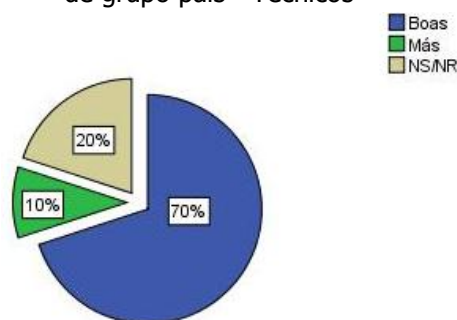
Questionados sobre as possibilidades fornecidas pela equipa para actividades de grupo entre os pais, mais uma vez as famílias maioritariamente assinalam “Não aplicável”, 39,13% ou “Não sabe/Não responde”, 26,09%. A grande maioria dos técnicos, 70%, por seu lado, classificam-nas como boas.

Gráfico 8: Possibilidades actividades de grupo pais - Famílias



Fonte: Inquérito às famílias

Gráfico 9: Possibilidades actividades de grupo pais - Técnicos



Fonte: Inquérito aos técnicos

Estes são os dados de caracterização de PCIP, maioritariamente recolhidos da análise documental, mas também dos questionários das famílias e dos técnicos. Desta análise

documental foi ainda possível recolher dados relativos a alguns processos-chave da intervenção, nomeadamente da Sinalização e da Intervenção directa com a criança (Implementação do PIIP), nomeadamente do tipo, local e frequência dos apoios, que enunciaremos mais à frente no respectivo capítulo.

4.2.2. Sinalização

Relativamente aos processos-chave da intervenção e começando pela Sinalização, os procedimentos para a efectuar não são muito claros para quem não articula directamente com o PCIP, como se pode verificar da análise das entrevistas. Apenas a coordenadora do programa e outro dos entrevistados os descreveram.

"Não, não, para o PCIP não tenho qualquer ideia como é que as Cercis neste momento, as instituições que têm projectos de Intervenção Precoce, como é que são sinalizados, como é que vos chegam, não faço ideia. (...) Da minha parte... (encolher de ombros)" (Excerto entrevista 3)

"através de uma ficha de encaminhamento, e que é passada e é divulgada pelos diversos serviços com quem nós articulamos e depois essa ficha é enviada para nós" (Excerto entrevista 1)

"Então sei que é por inscrição e é feita uma avaliação" (Excerto da entrevista 5)

Quanto às entidades que efectuem a sinalização de casos para o PCIP, da análise documental foi possível constatar que as Creches e os Jardins de Infância são as que o fazem maioritariamente, excepto no primeiro ano de funcionamento e nos anos lectivos de 2003/2004 e 2009/2010 em que a maioria dos casos foi sinalizada por hospitais. Este dado pode ser observado na análise do Anexo 14, Gráfico 12, assim como podemos identificar outras entidades com expressão nesta sinalização, nomeadamente as famílias, o CEACF, as equipas de Coordenação dos Apoios Educativos do Ministério da Educação ou o Centro de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian.

Da análise das entrevistas podemos verificar que esta é uma tendência corroborada pela maioria dos entrevistados.

"Neste momento é por Creches ou Jardins de Infância, mas também neste momento os hospitais começam a ter um encaminhamento com uns números significativos." (Excerto entrevista 1)

"A ideia que eu tenho da sinalização é que poderá ser feita através ou dos hospitais, ou dos pais ou do equipamento que a criança frequenta. (...) Os hospitais, talvez." (Excerto entrevista 4)

"Maioritariamente eu penso que hoje em dia, finalmente os hospitais e as consultas de desenvolvimento, concretamente. Finalmente!" (Excerto entrevista 5)

Pensamos que é importante referir que dois deles manifestam a crescente importância dos hospitais na sinalização de casos para o PCIP.

Quando questionados sobre a facilidade deste processo e na comunicação ao serviço apenas 3 dos entrevistados se lhe referiram, sendo que um o classifica como fácil e dois deles manifestam que a dificuldade se encontra ainda antes da sinalização, tendo a ver com questões de aceitação da situação, quer por parte das famílias, num caso, quer por parte dos serviços noutro.

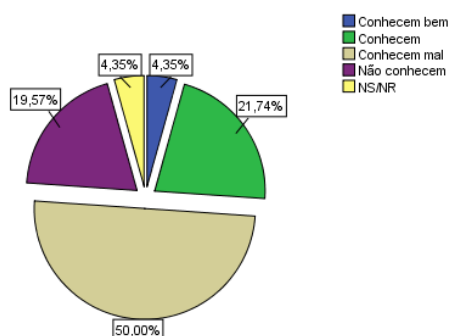
"é um processo fácil, sim é um processo fácil, a única dificuldade é terem as fichas de encaminhamento que às vezes não têm e que precisam de as pedir ao serviço. De resto, é um processo fácil, sim." (Excerto entrevista 1)

"Está facilitado desde que os pais aceitem e estejam sensibilizados já para a problemática" (Excerto entrevista 4)

"É um processo que ainda não é convincente para todas as pessoas, infelizmente e de há muitos anos para cá a intervenção Precoce é sentida como absolutamente necessária (...) mas ainda não está na consciência de todas. Por acaso penso que nos últimos meses, considero que houve concretamente num centro hospitalar de Lisboa, as coisas estão a ter uma grande modificação, por um grupo de pessoas novas que entrou e que tem realmente outra dinâmica, criou outra dinâmica e outro tipo de enquadramento e de encaminhamento, parece-me." (Excerto entrevista 5)

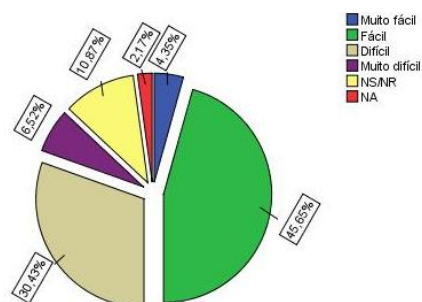
Da análise dos questionários e quando inquiridos sobre o Conhecimento das outras pessoas sobre o serviço e a facilidade de recorrência, foi possível apurar do questionário que metade das famílias acham que as outras pessoas conhecem mal o serviço, mas também metade pensam que é fácil ou muito fácil recorrer a ele, contra 36,95% que acham que é difícil ou muito difícil recorrer ao PCIP, como podemos verificar nos Gráficos 10 e 11, respectivamente.

Gráfico 10: Conhecimento e contacto serviço – Famílias



Fonte: Inquérito às famílias

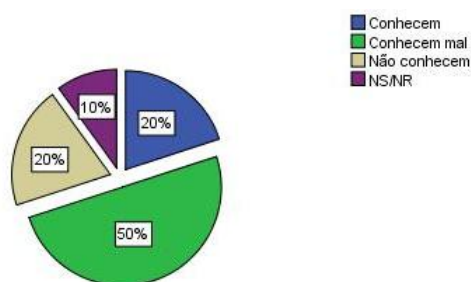
Gráfico 11: Facilidade recorrência serviço - Famílias



Fonte: Inquérito às famílias

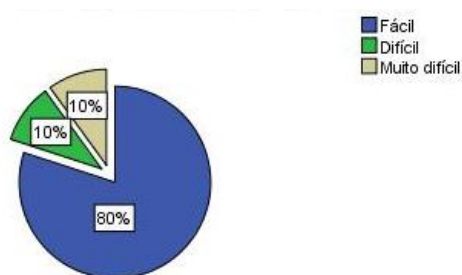
Já os técnicos manifestam a mesma opinião quanto ao conhecimento do serviço, também metade consideram que as pessoas conhecem mal o serviço, mas em contrapartida 80% pensam que lhe é fácil recorrer, contra 10% que referem que é difícil ou muito difícil, como constatado nos Gráficos 12 e 13 respectivamente.

Gráfico 12: Conhecimento e contacto serviço – Técnicos



Fonte: Inquérito aos técnicos

Gráfico 13: Facilidade recorrência serviço - Técnicos



Fonte: Inquérito aos técnicos

Em relação ao envolvimento da família na Sinalização 4 dos entrevistados são unânimes em concordar que a família está envolvida no processo de Sinalização, mas um destes manifesta preocupação em muitas vezes não existir uma preparação prévia da família para o aparecimento da IPI nas suas vidas.

"A família tem que ter conhecimento prévio, porque na própria Ficha de Encaminhamento vem lá o consentimento da família... Tem que estar sempre por dentro deste processo." (Excerto entrevista 1)

"a família tem conhecimento que a criança foi sinalizada, tanto que em todos os pedidos está a quebra de sigilo (...) profissional com o conhecimento da família, portanto a família tem conhecimento disso" (Excerto entrevista 2)

"Exactamente, a família tem que estar mesmo envolvida no processo, exactamente." (Excerto entrevista 4)

"por aquilo que conheço muitas vezes a família desconhece o processo, desconhece que a Intervenção Precoce vai aparecer, desconhece... Fica espantada quando alguém comunica e faz o encontro e não sabe o que é, portanto penso que quem encaminha descarta-se porque encaminhou, mas não comunica e não envolve a família num recurso possível e na resposta possível e não cria... Não é bem criar uma expectativa, mas pelo menos preparar a família para isto e às vezes encontramos famílias que muitas vezes nem sequer estão preparadas para a questão do seu filho, quanto mais para o encaminhamento." (Excerto entrevista 5)

4.2.3. Avaliação da Admissibilidade

No que diz respeito à Avaliação da Admissibilidade, da análise das entrevistas podemos verificar que para os entrevistados os responsáveis por esta avaliação são normalmente confundidos com a Avaliação inicial da criança.

"chegando a referenciação à equipa, a equipa tem reunião todas as semanas e portanto logo na reunião seguinte essa... a equipa analisa ... o tipo de necessidade desta família e desta criança e define quem são os técnicos que vão numa primeira abordagem fazer a observação" (Excerto entrevista 1)

"nas reuniões de equipa é que distribuímos (...) Normalmente é feito por dois técnicos. (...) Da equipa, sim." (Excerto entrevista 2)

"Eu penso que são os técnicos escolhidos para a situação, penso que em função do diagnóstico feito, quando encaminhado, não é? Portanto são escolhidos os técnicos que poderão estar mais sensíveis a cada situação, a cada problemática." (Excerto entrevista 5)

Relativamente ao tempo de espera entre a sinalização e o início do apoio, a maioria dos entrevistados refere que está condicionada pela disponibilidade dos técnicos, mas que de um modo geral é um processo rápido.

"É muito rápido... Aah... Será eventualmente 15 dias, supondo... 15 dias o máximo; Supondo que este pedido de referenciação chegou por exemplo numa 5ª, só na outra 4ª feira, portanto os técnicos só na outra ... Mas o máximo dos máximos 15 dias, portanto é rápido." (Excerto entrevista 1)

"Eu acho que depende das fases, no início do ano é mais rápido! (...) Eu acho que depende das fases do ano lectivo em que estamos, normalmente no início do ano as pessoas estão-se a reorganizar em termos de apoios e é mais rápido, depois chega uma altura em que é mais demorado, tem a ver depois com as agendas das pessoas, dos técnicos, não é?" (Excerto entrevista 2)

"Eram 2, 3 meses, ou 1 mês nos casos mais graves, sempre que possível, pelo menos a informação última que eu tive, não sei se ainda é actualmente a mesma." (Excerto entrevista 3)

"(Tempo de espera muito demorado) Pode ser ou não, também depende da capacidade de resposta dos técnicos." (Excerto entrevista 4)

"Quando há hipótese de apoio, penso que o tempo não é muito, não é muito grande, é quase imediato, portanto são poucos dias, diríamos." (Excerto entrevista 5)

Já no que se refere aos critérios de elegibilidade, todos os entrevistados são unânimes em afirmar que o PCIP tem critérios de elegibilidade, mas mais uma vez para quem não é elemento integrante da equipa há uma certa dispersão na sua enunciação.

"nós temos os critérios de elegibilidade que têm que ver com o grau de deficiência, de dificuldade, as necessidades da família, a idade e os outros apoios que eventualmente tenham ou não" (Excerto entrevista 1)

"critérios dos 0 aos 3, não é? E o grau de deficiência, também passa à frente, idades mais precoces possíveis, não é? E depois os outros, do risco biológico por depois, não é? Acho que mais ou menos são esses os critérios" (Excerto entrevista 2)

"Eu tive uma informação, mas é meramente uma informação relativamente aos critérios de admissão da Cerci Lisboa para a Intervenção Precoce, tenho uma ideia de quais são os pontos (...) estavam próximos dos critérios de elegibilidade que neste momento o Sistema Nacional já, já tem, não é, como sabe, portanto já estão finalizados, já foram finalizados em Julho os critérios de elegibilidade para a Intervenção Precoce." (Excerto entrevista 3)

"Sei, penso que sim porque nós também nos regemos por esses critérios de elegibilidade. A idade da criança, não é, pronto, quanto mais nova temos essa... Tem essa prioridade e se é uma criança que não tem qualquer estrutura na retaguarda, pronto, se se trata de um domicílio, uma criança que não está ainda institucionalizada, não está a frequentar nenhuma instituição, então também daremos prioridade a essa situação." (Excerto entrevista 4)

"Sim, sim, sei que existem. (...) Tenho ideia que serão, portanto as necessidades da criança, portanto em função do seu diagnóstico e das suas dificuldades, outros recursos existentes ou não e a capacidade de resposta do próprio PCIP, porque poderá não ter resposta para aquele caso, não é?" (Excerto entrevista 5)

4.2.4. Avaliação da Criança

Analizando a Avaliação da Criança e os responsáveis pela sua realização, da análise das entrevistas podemos constatar que no entendimento dos entrevistados esta é sempre realizada por mais que um técnico e preferencialmente escolhidos em função da problemática da criança.

"Esta avaliação é feita por 2 técnicos" (Excerto da entrevista 1)

"Sei que é sempre feita por dois técnicos, de áreas diferentes... Ahm... Ou Fisioterapia e Terapia da Fala, ou TO ou TF, sempre de áreas diferentes" (Excerto da entrevista 2)

"É realizada pelos técnicos... Há diversos técnicos no PCIP e penso eu que numa primeira abordagem devem estar todos os técnicos e depois perante essa primeira abordagem logo vêem para que técnico é que a criança vai." (Excerto da entrevista 4)

"Eu penso que são os técnicos escolhidos para a situação, penso que em função do diagnóstico feito, quando encaminhado, não é? Portanto são escolhidos os técnicos que poderão estar mais sensíveis a cada situação, a cada problemática." (Excerto da entrevista 5)

Quanto ao local onde esta avaliação é realizada, um dos entrevistados refere não ter conhecimento e dos restantes metade referem que se realiza em contexto e a outra metade que é realizada no PCIP, o que pode novamente reflectir a confusão entre a avaliação da admissibilidade e a avaliação inicial da intervenção.

"esta avaliação é feita no contexto onde a criança está inserida" (Excerto da entrevista 1)

"Em contexto onde a criança está, ou em casa ou nas escolas, ou nos Jardins de Infância ou Creches." (Excerto da entrevista 2)

"No próprio PCIP, vocês têm lá... (...) Recursos que permite fazer essa avaliação." (Excerto da entrevista 4)

"a primeira avaliação da criança é no próprio PCIP" (Excerto da entrevista 5)

Relativamente ao modelo desta avaliação não há uma opinião formada, excepto por um dos entrevistados.

"É um modelo que tem que ver com a especificidade de cada um dos técnicos que a vai fazer, que faz esta avaliação." (Excerto da entrevista 1)

"Informal, talvez..." (Excerto da entrevista 2)

Já em relação aos instrumentos a situação é diferente, todos os entrevistados referem que são utilizados.

"Os instrumentos estão também definidos, exactamente... Será de acordo com a formação base e a especificidade apresentada pelas necessidades de cada família, claro." (Excerto da entrevista 1)

"Eu acho que só nos casos em que oferecem mais dúvidas é que são utilizados" (Excerto entrevista 2)

"Ai isso sim, isso sim, isso eu sei que sim. Até porque vocês têm os vários técnicos especialistas, têm psicólogos, têm terapeutas das várias valências, têm técnica de Serviço Social, portanto têm uma enorme... E pessoas já muito habilitadas, há muitos anos na Intervenção Precoce, têm todos os instrumentos e a própria instituição também tem dado bastante cobertura e apoio a esta área de intervenção, portanto isso não tenho dúvida que terão." (Excerto entrevista 3)

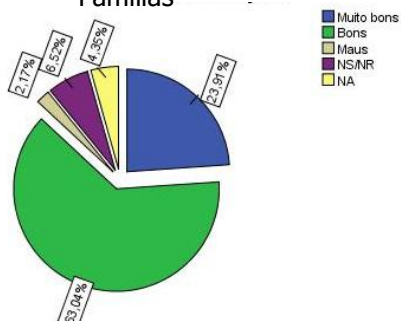
"Há instrumentos próprios sim, que são utilizados." (Excerto entrevista 4)

"Eu penso que há algumas escalas de desenvolvimento que são utilizadas quando se sentem necessárias" (Excerto entrevista 5)

Da análise dos questionários podemos encontrar a opinião das famílias e dos técnicos sobre os relatórios e as avaliações realizadas nos Gráficos 14 e 15, respectivamente. Assim, 86,95% das famílias afirmam que os relatórios e as avaliações realizadas são bons

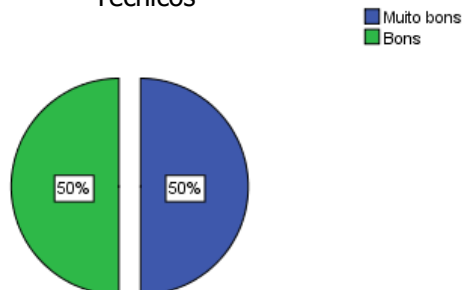
ou muito bons, contra 2,17% que os consideram maus. Os técnicos, por seu lado, metade referem que são muito bons e outra metade que são bons.

Gráfico 14: Relatórios e Avaliações - Famílias



Fonte: Inquérito às famílias

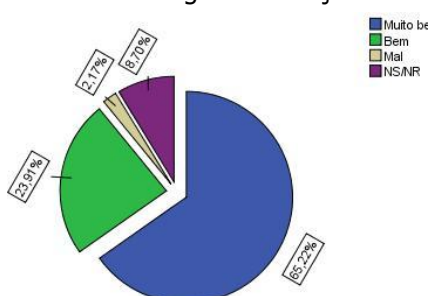
Gráfico 15: Relatórios e Avaliações - Técnicos



Fonte: Inquérito aos técnicos

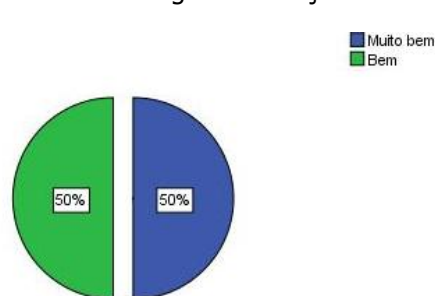
Quando questionados se esta avaliação contempla a criança de uma forma holística, a larga maioria das famílias (89,13%) refere que bem ou muito bem, e a totalidade dos técnicos é da mesma opinião, dividindo-se pela metade.

Gráfico 16: Visão global criança - Famílias



Fonte: Inquérito às famílias

Gráfico 17: Visão global criança - Técnicos



Fonte: Inquérito aos técnicos

Olhando agora para o envolvimento da família nesta avaliação, da análise das entrevistas podemos constatar que para os entrevistados este é um dado adquirido.

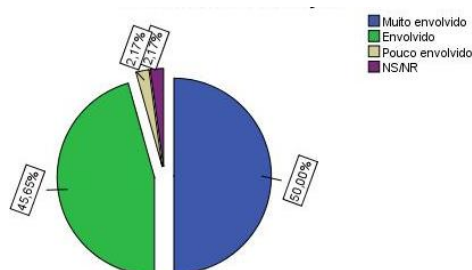
"É o máximo, porque mesmo que a criança esteja em Jardim de Infância, a família terá que se deslocar lá, portanto o nosso elemento de ligação sempre em primeiro lugar é a família." (Excerto entrevista 1)

"Está presente, por norma está presente" (Excerto entrevista 2)

"A família também é um elemento que entra na avaliação e está presente enquanto elemento complementar à situação e portanto que vai com certeza revelar alguns dados significativos para o processo." (Excerto entrevista 5)

Também as famílias inquiridas referem sentir-se muito envolvidos (50%) ou envolvidos na avaliação (45,65%).

Gráfico 18: Envolvência na avaliação – Famílias



Fonte: Inquérito às famílias

Quanto à devolução da informação decorrente desta avaliação, podemos observar da análise das entrevistas que não é consensual a percepção que os diferentes entrevistados têm deste procedimento.

"é uma conversa" (Excerto entrevista 1)

"É feita numa reunião também informal. (...) (Registo escrito) Não, acho que não há." (Excerto entrevista 2)

"Eu penso que depois através de um relatório, não é, o técnico depois passa isso para um relatório em que depois a família tem conhecimento, portanto da avaliação que foi feita, de uma forma até formal, pronto." (Excerto entrevista 4)

"Contacto com a família. (...) Contacto directo." (Excerto entrevista 5)

4.2.5. Elaboração do PIIP

Em relação à Elaboração do PIIP e começando por referir o conhecimento dos entrevistados sobre a existência da figura do Gestor de Caso no PCIP, este é geral.

"Certo, é isso mesmo, existe a figura de gestor de caso para cada família." (Excerto entrevista 1)

"Sim, sim, sim, existe." (Excerto entrevista 2)

"penso que sim" (Excerto entrevista 3)

"Há, há." (Excerto entrevista 4)

"o gestor de caso estar, ser... Assumir a situação" (Excerto entrevista 5)

Inquiridos sobre o responsável pela elaboração do PIIP, quatro dos informantes afirmam que é o Gestor de Caso, sendo ainda referido por dois que este plano é elaborado em conjunto com outros intervenientes.

"É o gestor de caso em conjunto com, se a criança estiver numa Creche ou num Jardim de Infância, terá que o fazer em conjunto com a pessoa responsável do grupo que está com essa criança. Mas é sempre o gestor de caso, claro."(Excerto entrevista 1)

"O responsável é o gestor de caso em conjunto com os diversos intervenientes." (Excerto entrevista 2)

"O Gestor de Caso, exactamente."(Excerto entrevista 4)

"É o gestor de caso."(Excerto entrevista 5)

Relativamente ao prazo de elaboração deste documento, é referido pela maioria dos inquiridos um prazo de um a dois meses.

"Este Plano é elaborado até 2 meses do início do apoio"(Excerto entrevista 1)

"Normalmente é sempre passado um mês ou dois do início, dois, três meses."(Excerto entrevista 2)

"eu penso que terá também o prazo de 60 dias"(Excerto entrevista 4)

"Vai sendo elaborado, portanto o gestor de caso irá conhecendo a criança, não é e durante o primeiro mês vai fazendo a elaboração do plano, vai recolhendo informação para poder fazer a elaboração do plano."(Excerto entrevista 5)

No que diz respeito ao grau de envolvimento da família na elaboração do PIIP, é também referido por quatro dos inquiridos como sendo elevado.

(tempo de elaboração do PIIP) *"fazemos este tempo porque é o tempo de conhecer a criança, é o tempo de articular com todos os serviços que envolvem e de conhecer também a família"*(Excerto entrevista 1)

"Está presente, a família está presente."(Excerto entrevista 2)

"É importante também, como em tudo"(Excerto entrevista 4)

"Na elaboração do plano a família também é um elemento participativo"(Excerto entrevista 5)

Questionados sobre o levantamento de necessidades, prioridades e recursos, quer para a criança quer para a família, é também claro para os inquiridos que este levantamento é feito.

"Claro que é das primeiras coisas que o técnico vai fazer, ao mesmo tempo que vai conhecendo a criança vai fazendo o levantamento (...) o técnico vai fazer o levantamento dos recursos que a família já tem e os recursos que a família tem necessidade e que ainda não tem." (Excerto entrevista 1)

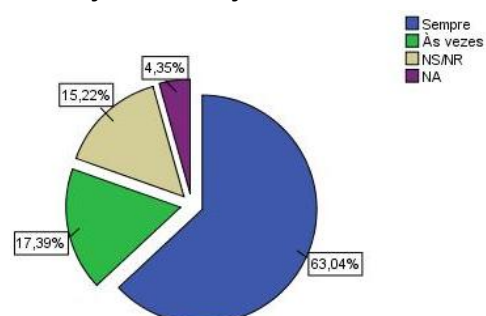
"Esse levantamento é feito"(Excerto entrevista 2)

"Sim, sim, sim, sem dúvida que é importante." (Excerto entrevista 4)

"Sim, sim." (Excerto entrevista 5)

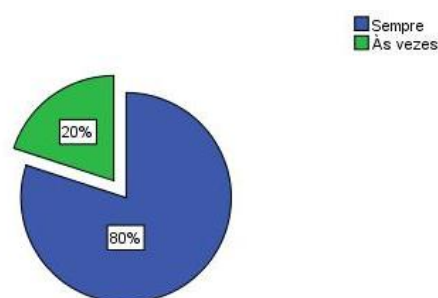
Quando questionadas sobre se a avaliação refere ou destaca as capacidades da criança, 63,04% das famílias que responderam ao questionário dizem que sim e 17,39% dizem que só às vezes, enquanto que 80% dos técnicos referem que sim e 20% apenas às vezes.

Gráfico 19: Destaque capacidades criança na avaliação – Famílias



Fonte: Inquérito às famílias

Gráfico 20: Destaque capacidades criança na avaliação - Técnicos



Fonte: Inquérito aos técnicos

Em relação à definição de objectivos para os três níveis de intervenção, a criança, a família e a comunidade, da análise das entrevistas é visível a ideia dos entrevistados de que esta é uma prática corrente e aferida caso a caso, para um dos entrevistados.

"Exactamente, para os 3 níveis, portanto núcleo familiar, criança e comunidade." (Excerto entrevista 1)

"Em conjunto! (...) Para a família, sim, sim." (Excerto entrevista 2)

"Exactamente, exactamente, porque todos vamos trabalhar para o mesmo fim, para o mesmo objectivo e é importante o envolvimento de todos." (Excerto entrevista 4)

"Para a criança, para a família e para a comunidade, exactamente. Poderão ser definidos em conjunto ou especificamente para cada local, dependendo... Não há, sei que não há tipificação... (...) portanto depende de cada caso, há situações que podem ser conjuntas, há outras que não." (Excerto entrevista 5)

Relativamente à definição dos responsáveis pela implementação do PIIP, podemos observar da análise das entrevistas a percepção dos entrevistados de que esta é feita e consta no documento.

"Claro que sim, está definido no próprio Plano, quem faz o quê e no tempo, também" (Excerto entrevista 1)

"Sim, está lá." (Excerto entrevista 2)

"Sim, sim, isso é importante para não haver até, pronto, sobreposição." (Excerto entrevista 4)

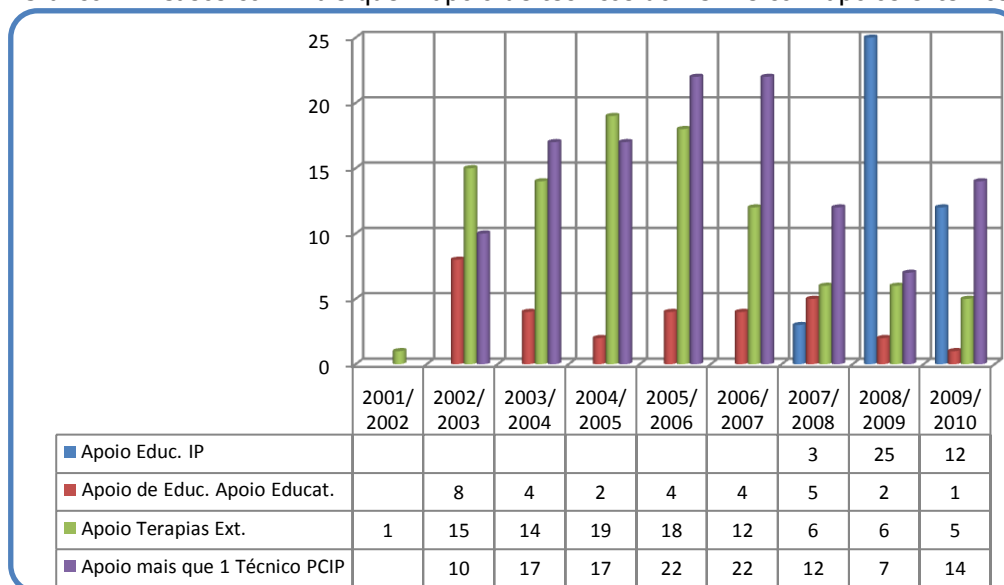
"Há situações em que sim, há situações em que todos poderão ter, como eu disse anteriormente, poderão ter o mesmo... (...) A mesma função" (Excerto entrevista 5)

4.2.6. Intervenção Directa com a Criança e com a Família

Em relação à Intervenção directa com a criança e a família, vamos analisar em primeiro lugar o tipo de apoio prestado.

Da análise documental podemos verificar que ao longo dos anos há vários casos que têm o apoio de mais que um técnico, justificado pelas necessidades identificadas e condicionado pela disponibilidade dos vários técnicos. Há também casos que têm apoio de educadoras ou terapias externas ao PCIP. Estas duas situações estão sistematizadas no Gráfico 21.

Gráfico 21: Casos com mais que 1 apoio de técnicos do PCIP e com apoios externos

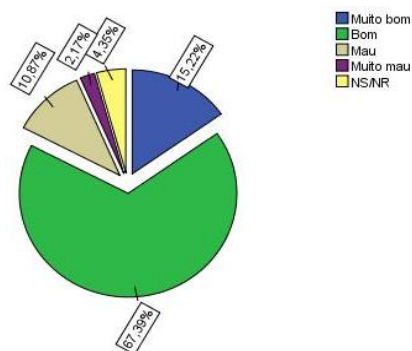


Fonte: Elaborado a partir dos Relatórios de Actividades do PCIP de 1999 a 2009/2010 e das listagens da população alvo apoiada pelo PCIP de 2001/2002 a 2009/2010.

Podemos constatar da análise do Gráfico 21 que a duplicação de técnicos no apoio à mesma criança/família é uma constante, bem como o recurso a terapias externas à equipa, o que pode ser explicado pelas problemáticas das crianças, anteriormente identificadas no Gráfico 3. Quanto ao apoio de educadoras externas à equipa, aumentou com a saída das educadoras da equipa, como seria de esperar. Mas a articulação com a Educação não decresceu já que se verifica a continuidade do número de casos apoiados pelo PCIP e por educadoras nos anos seguintes.

Da análise dos questionários podemos recolher dados da opinião das famílias e dos técnicos quanto ao número de técnicos que apoiam a criança, informação apresentada nos Gráficos 22 e 23, respectivamente. Foi ainda possível recolher informação das famílias sobre a rotatividade dos técnicos, estando esta informação sistematizada no Gráfico 24.

Gráfico 22: Número de técnicos – Famílias



Fonte: Inquérito às famílias

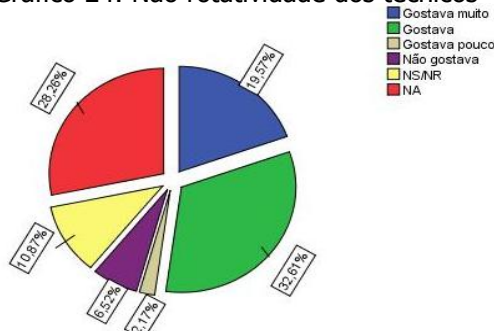
Gráfico 23: Número de técnicos – Técnicos



Fonte: Inquérito aos técnicos

Da análise do gráfico 22 verificamos a maioria das famílias inquiridas, 67,39% considera que o número de técnicos que a apoia é bom e 15,22% pensa que é muito bom. A maioria dos técnicos também tem uma opinião francamente positiva, com 40% a referir que o número de técnicos é bom e 20% a referir que é muito bom, mas em contraposição 30% consideram que é mau.

Gráfico 24: Não rotatividade dos técnicos – Famílias



Fonte: Inquérito às famílias

Em relação à não rotatividade dos técnicos e da análise do Gráfico 24 podemos constatar que 32,61% das famílias gostava que isso não acontecesse e 19,57% gostava muito.

Em relação à definição dos responsáveis pela intervenção directa, da análise das entrevistas pudemos apurar que a percepção dos entrevistados é que esta é feita em equipa, sob a tutela do gestor de caso.

"Em relação ao Plano? (A.R.S. – Em relação à intervenção directa, portanto depois de estar definido o Plano é nessa altura também definido quem é que vai intervir directamente com a criança e com a família?) – Sim, exactamente, exactamente" (Excerto entrevista 1)

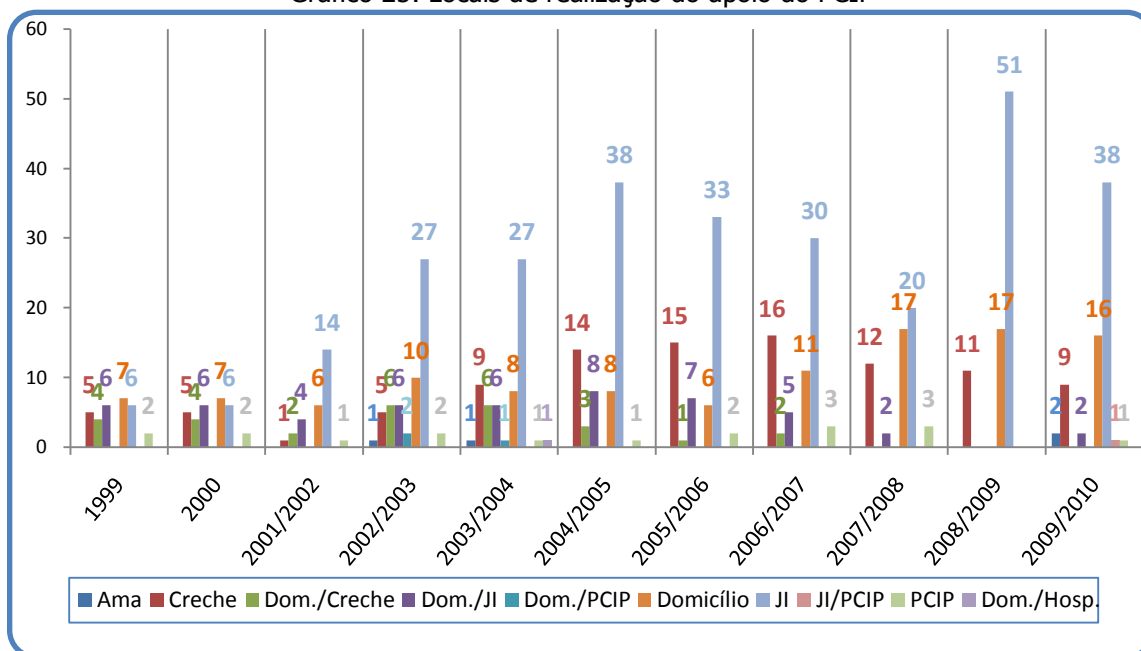
"Normalmente é definido em termos de reunião de equipa, não é?" (Excerto entrevista 2)

"Que é já um modelo bastante interdisciplinar, não tanto transdisciplinar (...) mas que já tende para isso, portanto mas que o interdisciplinar é com certeza." (Excerto entrevista 3)

"É o gestor de caso que está responsável por aquele caso." (Excerto entrevista 4)

Quanto ao local de apoio onde é efectuada a intervenção directa com a criança pelo PCIP, pode constatar-se da análise documental que o Jardim de Infância é o local onde esta ocorre com mais frequência, como se pode ver analisando o Gráfico 25. De facto, esta situação só não ocorre nos dois primeiros anos de funcionamento do PCIP, quando o local de apoio com maior frequência é o domicílio, o que pode ser justificado por outro dado retirado dos Relatórios de Actividades destes anos, já que em 1999 e em 2000 onze crianças foram integradas em Creche ou Jardim de Infância com intercessão do PCIP, alterando-se assim o local da intervenção.

Gráfico 25: Locais de realização do apoio do PCIP



Fonte: Elaborado a partir dos Relatórios de Actividades do PCIP de 1999 a 2009/2010 e das listagens da população alvo apoiada pelo PCIP de 2001/2002 a 2009/2010.

Mas mesmo sem contar com os casos em que o local de apoio é misto entre o domicílio e a Creche ou o Jardim de Infância, a intervenção é preferencialmente realizada no contexto educativo da criança, o que confirma a intervenção ecológica do PCIP e favorece a articulação e as parcerias informais estabelecidas com estas entidades. Os casos com apoio na organização são em número muito baixo e prendem-se com a necessidade de equipamento específico de intervenção terapêutica ou com a preferência demonstrada pela família.

Da análise das entrevistas e da percepção dos entrevistados confirma-se esta orientação da intervenção ecológica do PCIP, bem como a sua adequação caso a caso, como preconizado também pela teoria da IPI.

"É no local onde a criança está... Depende, há situações em que é no local onde a criança está e há outras situações em que há necessidade de também um apoio à família e, nesse caso às vezes é necessário além do apoio no local da criança é preciso também o apoio em casa." (Excerto entrevista 1)

"Normalmente é sempre em contexto, é raro os casos em que não é em contexto, é sempre em contexto, ou em casa, ou no Jardim de Infância ou na Creche." (Excerto entrevista 2)

"Não faço ideia, mas mais uma vez... (...) Mais uma vez, se seguirem o modelo, tendencialmente será coordenado, o elemento a emergir como técnico responsável será aquele que tiver mais perfil para a situação apresentada quer pela criança, quer pela família e preferencialmente os apoios serão onde as crianças estão, contextualizadamente, quer no domicílio, quer nas Creches ou nos Jardins de Infância." (Excerto entrevista 3)

"É definido... Poderá ser... O técnico poderá deslocar-se ao equipamento onde está a criança, ou então a criança ao PCIP, dado que até têm lá espaço para isso, acho que também vai depender também da terapia, do trabalho que está a ser desenvolvido com a criança" (Excerto entrevista 4)

"Em função daquilo que é resolvido pelo grupo, normalmente é no local onde a criança se insere mais tempo, mas penso que se se concluir que a intervenção, por exemplo, no espaço da família é prioritária, pois será no espaço da família, se a criança, se se optar que no local em que a criança esteja a frequentar, o jardim de infância, que é prioritária aí, pois será aí, isso impera o bom senso e a definição, os tais critérios relativamente às necessidades maiores ou menores." (Excerto entrevista 5)

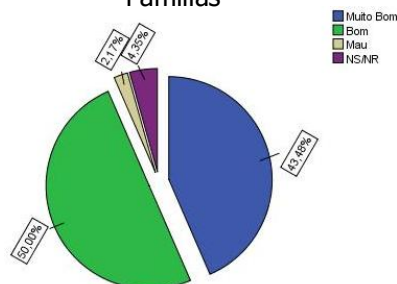
No que diz respeito à frequência do apoio apenas dois dos entrevistados manifestaram ter informação acerca desta situação, sendo que a frequência referida é semanal ou bissemanal.

"pode ser semanal ou bissemanal, normalmente bissemanalmente." (Excerto entrevista 1)

"Consoante a agenda dos técnicos... (Risos) Mas normalmente uma a duas vezes por semana, mas consoante a agenda do técnico, temos falta de recursos, não é, humanos, portanto..." (Excerto entrevista 2)

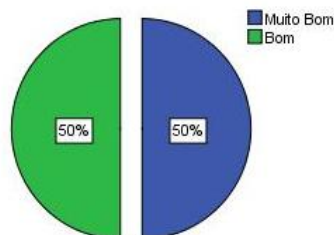
Da análise dos questionários podemos também obter dados relativos ao apoio à criança. Quando inquiridos relativamente à qualidade deste apoio, metade das famílias classificam-no como bom e 43,48% como muito bom. Metade dos técnicos classifica-o como muito bom e a outra metade como bom.

Gráfico 26: Qualidade apoio à criança
– Famílias



Fonte: Inquérito às famílias

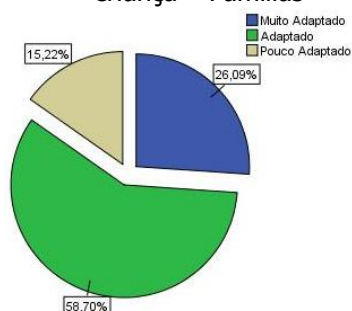
Gráfico 27: Qualidade apoio à criança
– Técnicos



Fonte: Inquérito aos técnicos

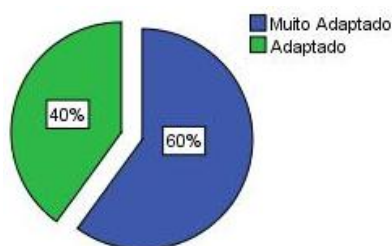
58,70% das famílias consideram que o apoio é adaptado às necessidades da criança e 26,09% consideram-no muito adaptado. A maioria dos técnicos, 60% consideram-no muito adaptado e 40% consideram-no adaptado.

Gráfico 28: Apoio adaptado necessidades
criança – Famílias



Fonte: Inquérito às famílias

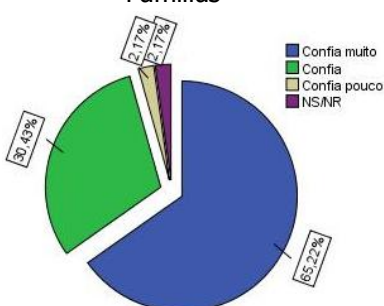
Gráfico 29: Apoio adaptado necessidades
criança – Técnicos



Fonte: Inquérito aos técnicos

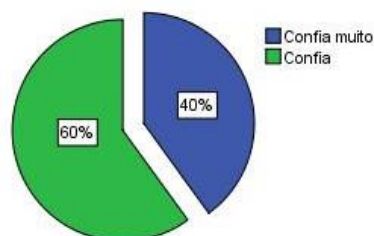
Questionadas sobre se confiam na competência dos técnicos, 65,22% das famílias dizem que confiam muito e 30,43% que confiam. A percepção de 60% dos técnicos é que as famílias confiam na sua competência e a de 40% é que confiam muito.

Gráfico 30: Confiança competência técnicos
– Famílias



Fonte: Inquérito às famílias

Gráfico 31: Confiança competência técnicos
– Técnicos



Fonte: Inquérito aos técnicos

Quanto à passagem de informação às famílias, no que diz respeito às sugestões de brinquedos e jogos para a criança, 54,35% das famílias questionadas classificam-nas como boas e 30,43% como muito boas enquanto que a maioria dos técnicos, 60%

classificam-nas como boas e 30% muito boas. Estes dados encontram-se sistematizados no Anexo 14, Gráficos 13 e 14 respectivamente.

Quando questionados acerca das informações sobre as actividades da vida diária, a maioria das famílias, 52,1% consideram-nas boas e 19,57% como muito boas e a maioria dos técnicos, 60% consideram-nas muito boas e 40% boas, como se pode ver no Anexo 14, Gráficos 15 e 16 respectivamente.

No que diz respeito às informações sobre o desenvolvimento social da criança, 63,04% das famílias classificam-nas como boas e 28,26% como muito boas; metade dos técnicos classificam-nas como boas e 40% como muito boas, informação apresentada no Anexo 14, Gráficos 17 e 18, respectivamente.

Para as informações relativas à escolha, compra e utilização de material adaptado para a criança, a opinião de 47,83% das famílias é que estas são boas e de 19,57% é que são muito boas. A grande maioria dos técnicos, 70% pensa que são boas e 30% que são muito boas. Estes dados encontram-se sistematizados no Anexo 14, Gráficos 19 e 20 respectivamente.

Quanto às estratégias aconselhadas para resolver problemas comportamentais da criança, 54,35% das famílias consideram que são boas e 21,74% que são muito boas. Para 60% dos técnicos são boas e para 40% são muito boas, como se pode ver no Anexo 14, gráficos 21 e 22 respectivamente.

Em relação às ofertas de actividades de grupo para crianças facultadas pelo serviço, a maioria das famílias ou refere que a questão é "Não aplicável", 30,43% ou "Não sabe/Não responde", 28,26%, para os técnicos, metade refere que são boas e 30% referem que são más, como se pode verificar no Anexo 14, Gráficos 23 e 24, respectivamente.

A relação dos técnicos com a criança é maioritariamente classificada como boa ou muito boa, quer pelas famílias, 73,91% muito boa e 23,91% boa, quer pelos técnicos, 80% muito boa e 20% boa, como se verifica da análise dos Gráficos 25 e 26 do Anexo 14.

Quando inquiridos sobre o Grau de envolvimento da família na intervenção, a maioria dos entrevistados referiram simultaneamente a passagem de informação, excepto o Nº5. Da análise das entrevistas verificamos que os entrevistados consideram que a família é envolvida neste processo, apesar de a passagem de informação ser oral.

"Com a família... Exactamente, mais uma vez... a passagem da informação normalmente é oral."
(Excerto entrevista 1)

"Eu acho que à família só é comunicado o que ficou decidido em reunião de equipa (...) Reunião informal, ou por telefone ou no... Ou vão a casa e falam... Reunião informal, quer dizer, o que é que se entende por reunião informal, marca-se uma hora, marca-se uma data, também é uma reunião, não é? Só porque depois pode não ter registo escrito, se calhar a formalização é essa, não é? Daí eu ter dito reunião informal, mais por causa disso." (Excerto entrevista 2)

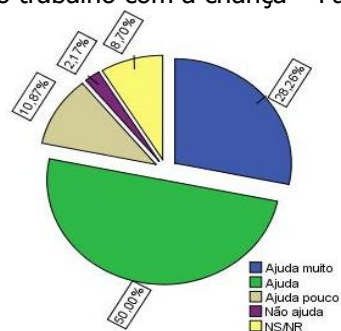
"Com certeza, com certeza, a família tem que dar o seu parecer." (Excerto entrevista 4)

"Sempre." (Excerto da entrevista 5 sobre o envolvimento da família na intervenção)

"É dialogado com a família, por diálogo." (Excerto da entrevista 5 sobre a passagem de informação da intervenção à família)

Da análise dos questionários podemos conhecer a opinião das famílias e dos técnicos acerca de mais aspectos relativos à intervenção directa com a criança.

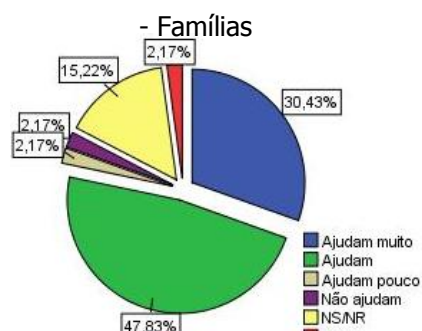
Gráfico 32: Ajuda da equipa no planeamento do trabalho com a criança – Famílias



Fonte: Inquérito às famílias

Em relação à ajuda da equipa no planeamento e dos registos escritos do trabalho com a criança, verificamos que para metade das famílias a equipa ajuda neste planeamento e que para 28,26% ajuda muito.

Gráfico 33: Ajuda dos registos escritos - Famílias

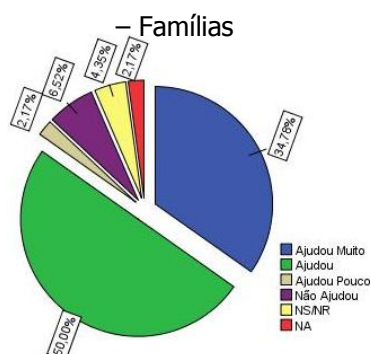


Fonte: Inquérito às famílias

Para quase metade das famílias, 47,83% os registos escritos ajudam no planeamento do trabalho e na compreensão do desenvolvimento da criança, para 30,43% ajudam muito.

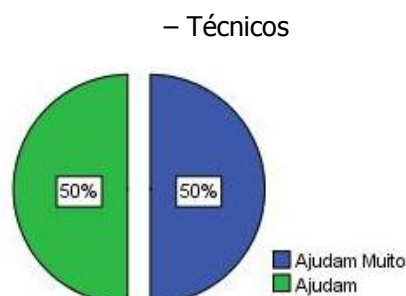
Quanto à informação transmitida à família e iniciando esta análise sobre a ajuda da informação transmitida sobre os apoios que existem para a melhor compreensão do tipo de resposta que a criança necessita, metade das famílias consideram que ajudou e 34,78% que ajudou muito. Já para os técnicos ajudou para metade e ajudou muito para a outra metade.

Gráfico 34: Ajuda informação tipo apoios



Fonte: Inquérito às famílias

Gráfico 35: Ajuda informação tipo apoios



Fonte: Inquérito aos técnicos

No que diz respeito à informação sobre os apoios financeiros de que a família pode beneficiar, 28,26% das famílias são da opinião que ajuda algumas vezes e 23,91% que não ajuda. Já os técnicos, 40% pensam que ajuda algumas vezes e 30% que ajuda muitas vezes, informação esta sistematizada no Anexo 14, Gráficos 27 e 28, respectivamente.

Em relação à passagem de informação sobre as questões burocráticas que envolvem o apoio, 47,83% das famílias consideram que esta é feita às vezes e 21,74% consideram que não é feita. Já 40% dos técnicos consideram que é feita muitas vezes e outros 40% que apenas algumas vezes, como se pode ver da análise dos Gráficos 29 e 30, respectivamente, no Anexo 14.

Quando questionadas acerca da informação transmitida sobre os diferentes serviços existentes para a criança, podemos verificar no Anexo 14, Gráficos 31 e 32, respectivamente, que 36,96% das famílias referem que esta ajuda algumas vezes e 30,43% que ajuda muitas vezes. Já 60% dos técnicos referem que ajuda muitas vezes e 40% que ajuda algumas vezes.

Relativamente à qualidade da informação fornecida pela equipa sobre a problemática da criança, 47,83% das famílias classificam-na como boa e 36,96% como muito boa. Dos técnicos, 60% classificam-na como muito boa e 40% como boa, como se pode constatar da análise dos Gráficos 33 e 34, respectivamente, no Anexo 14.

Temos igualmente disponíveis da análise dos questionários dados sobre os Direitos dos Pais. Quando questionadas sobre o conhecimento de que podem entrar em contacto com os técnicos em caso de problema, a grande maioria das famílias, 78,26%, das famílias dizem que sempre e 10,87% às vezes. Também a grande maioria dos técnicos, 80%, diz que sim e 20% às vezes, informação esta visível na análise dos Gráficos 35 e 36, respectivamente, do Anexo 14.

No que diz respeito ao ter conhecimento da decisão de poder cessar ou continuar o apoio em qualquer momento, mais de metade das famílias, 60,97% das famílias dizem que sabem muito bem e 23,91% que sabem bem. Metade dos técnicos dizem que essa informação é sempre dada às famílias e 30% dizem que às vezes, como se pode verificar da análise dos Gráficos 37 e 38, respectivamente, no Anexo 14.

Relativamente à informação sobre os direitos da família enquanto família de uma criança com deficiência, 39,13% das famílias referem que a conhecem muito bem e 28,26% que a conhecem bem. 70% dos técnicos referem que essa informação é sempre transmitida à família e 30% que é transmitida às vezes, informação esta sistematizada no Anexo 14, Gráficos 39 e 40, respectivamente.

Em relação à intervenção centrada na família, concretamente no apoio aos pais, 63,04% das famílias consideram a orientação e o apoio prestados como bom e 26,09% como muito bom. 60% dos técnicos consideram-nos como bom e 40% como muito bom, como se pode ver no Anexo 14, Gráficos 41 e 42, respectivamente.

Questionadas sobre se a IPI as ajudou a mudar a imagem que tinham da criança, 45,65% das famílias respondem que ajudou e 13,04% que ajudou muito. Já 80% dos técnicos pensam que ajudou e 20% que ajudou muito, o que se pode verificar da análise dos gráficos 43 e 44, respectivamente, no Anexo 14.

Quando questionadas sobre se o apoio as ajudou a lidar com as suas emoções, metade das famílias respondeu que ajudou e 21,74% que ajudou pouco. Metade dos técnicos consideram que ajudou muito e a outra metade que ajudou, como se pode constatar da análise dos Gráficos 45 e 46, respectivamente, no Anexo 14.

Sobre se o apoio as ajuda a ver as capacidades e os problemas da criança, 60% das famílias refere que ajudou e 26,09% referem que ajudou muito. Metade dos técnicos referem que ajudou muito e a outra metade que ajudou, como se pode ver na análise dos Gráficos 47 e 48, respectivamente, no Anexo 14.

Em relação ao facto de o apoio ajudar a ter mais segurança para lidar com a criança, 47,83% das famílias consideram que ajudou e 23,91% que ajudou muito. Por seu lado a esmagadora maioria dos técnicos, 80% consideram que ajudou e 20% que ajudou muito, o que é visível na análise dos Gráficos 49 e 50, respectivamente, no Anexo 14.

Quanto à ajuda do apoio no proporcionar mais momentos agradáveis com a criança, 52,56% das famílias dizem que ajudou e 10,87% dizem que ajudou muito, igual percentagem diz que não ajudou e iguais 10,87% consideram a questão como "Não

aplicável”. Por sua vez metade dos técnicos dizem que ajudou e 30% dizem que ajudou muito, o que se pode ver na análise dos Gráficos 51 e 52, respectivamente, no Anexo 14.

Relativamente a novas ideias para a educação da criança, 54,35% das famílias referem que o apoio ajudou e 23,91% que ajudou muito. A maioria dos técnicos, 60% refere que ajudou e 40% que ajudou muito, como se pode verificar na análise dos Gráficos 53 e 54, respectivamente, no Anexo 14.

No que diz respeito a falar com os técnicos acerca das questões e reacções dos irmãos da criança, 41,30% das famílias respondem que podem falar sempre e 39,13% consideram a questão “Não aplicável”. A maioria dos técnicos, 70% diz que a família pode falar sempre e 20% às vezes, como se constata da análise dos Gráficos 55 e 56, respectivamente, no Anexo 14.

Quanto à atenção dada pelos técnicos às necessidades dos irmãos da criança, 45,65% das famílias classificam a questão como “Não aplicável” e 28,26% dizem que os técnicos estão atentos. Já metade dos técnicos considera que estão atentos e 30% que estão muito atentos, o que é visível na análise dos Gráficos 57 e 58, respectivamente, no Anexo 14.

Relativamente a falar com os técnicos acerca das questões e reacções da sua rede informal, 56,52% das famílias dizem que podem falar sempre e 23,91% que podem falar às vezes. Por seu lado a maioria dos técnicos, 80% diz que podem falar sempre e 10% às vezes, como se verifica da análise dos Gráficos 59 e 60, respectivamente, no Anexo 14.

Olhando agora para a relação pais/técnicos, quando questionadas sobre se os técnicos do PCIP as compreendem, metade das famílias questionadas respondem que muito bem e 39,13% que as compreendem bem. 60% dos técnicos respondem que compreendem as famílias muito bem e 40% que as compreendem bem, como se pode verificar da análise dos Gráficos 61 e 62, respectivamente, no Anexo 14.

Em relação ao respeito pela privacidade da família, 71,74% das famílias consideram que a sua privacidade é sempre respeitada e 17,39% “Não sabe/Não responde”. Já a totalidade dos técnicos consideram que a respeitam sempre, o que se pode constatar na análise dos Gráficos 63 e 64, respectivamente, no Anexo 14.

Quanto à colocação aos técnicos das suas dúvidas e críticas ao apoio, a grande maioria das famílias, 82,61% dizem que podem sempre colocá-las, enquanto 6,52% consideram que podem às vezes e igual percentagem “Não sabe/Não responde”. Em igual orientação, 90% dos técnicos dizem que a família pode sempre colocar as suas dúvidas e críticas ao

apoio e 10% dizem que às vezes, como se verifica na análise dos Gráficos 65 e 66, respectivamente, no Anexo 14.

Quando questionadas se os técnicos aceitam as suas decisões, a maioria das famílias, 69,57% respondem que aceitam sempre e 10,87% às vezes. Por seu lado, 90% dos técnicos responde que aceita sempre as decisões da família e 10% aceita às vezes, o que se pode observar na análise dos Gráficos 67 e 68, respectivamente, no Anexo 14.

Sobre se as decisões são tomadas pela família, 41,30% das famílias consideram que são sempre e 34,78% que são tomadas por si às vezes. Já a maioria dos técnicos, 80% considera que as decisões são sempre tomadas pela família e os restantes 20% considera que às vezes, como se pode verificar na análise dos Gráficos 69 e 70, respectivamente, no Anexo 14.

Relativamente à colocação das questões que quiserem aos técnicos, a grande maioria das famílias, 82,61% diz que o pode fazer sempre e 8,7% que o pode fazer às vezes, o que se constatar na análise do Gráfico 71 no Anexo 14.

No que diz respeito às questões colocadas por si, a grande maioria das famílias, 84,78% diz que são sempre respondidas pelos técnicos e 8,7% que são respondidas às vezes. Em igual tendência, 90% dos técnicos dizem que respondem sempre às questões da família e os restantes 10% que respondem às vezes, informação recolhida da análise dos Gráficos 72 e 73, respectivamente, no Anexo 14.

Em relação ao primeiro contacto com os técnicos, 56,52% das famílias referem que foi muito bom e as restantes 43,48% que foi bom, o que se pode ver na análise do Gráfico 74 no Anexo 14.

Sobre o modelo de apoio e analisando em primeiro lugar a percepção em relação ao respeito pelos valores e estilo de vida familiar pelos técnicos, 78,26% das famílias consideram que são sempre respeitados e 8,70% "Não sabe/Não responde". A totalidade dos técnicos, por sua vez, considera os que respeita sempre, como se pode constatar na análise dos Gráficos 75 e 76, respectivamente, no Anexo 14.

Quanto à exigência de tempo com o apoio em relação ao tempo disponível para o próprio e restante família, 52,17% das famílias referem que esta situação nunca se coloca e 26,09% que se coloca às vezes. Quando questionados se ajudam a família a conseguir mais tempo para si própria, 60% dos técnicos dizem que ajudam às vezes e 30% poucas vezes. A informação relativa a estas duas questões encontra-se sistematizada nos Gráficos 77 e 78, respectivamente, no Anexo 14.

Questionadas sobre se encontram no apoio as ajudas e aspectos que consideram importantes para o desenvolvimento da criança, 52,17% das famílias responde que encontra sempre e 41,3% que encontram às vezes. A maioria dos técnicos, 70%, por seu lado, consideram que o apoio os contempla às vezes e 30% que contempla sempre, o que se pode verificar na análise dos Gráficos 79 e 80, respectivamente, no Anexo 14.

Em relação a saber aquilo em que o serviço as pode ou não ajudar, 56,52% das famílias referem que sabem bem e 19,57% que sabem mal. Já a grande maioria dos técnicos, 90% referem que informam sempre a família acerca daquilo em que o serviço pode ou não ajudar e os restantes 10% que o fazem às vezes, o que é observável na análise dos Gráficos 81 e 82, respectivamente, no Anexo 14.

Quando questionadas sobre se a equipa as ajuda a sentir-se mais confiantes para resolver os seus problemas, 45,65% das famílias dizem que ajudou e 28,26% que ajudou muito, como se pode constatar na análise do Gráfico 83 no Anexo 14.

Sobre a estrutura e administração do serviço, 45,65% das famílias inquiridas dizem que conhecem mal os elementos de coordenação e 19,57% que os conhecem muito mal. Quando questionadas sobre o conhecimento de que podem apresentar uma reclamação do serviço, 30,43% das famílias dizem que sabem muito bem e 28,26% que sabem bem. Relativamente ao conhecimento dos técnicos que compõem a equipa do PCIP, 30,43% das famílias referem que os conhecem e 23,91% que os conhecem mal. Esta informação foi retirada da análise dos Gráficos 84, 85 e 86, respectivamente, no Anexo 14.

Ainda analisando o processo de Intervenção directa com a criança e a família, da análise das entrevistas encontramos informações relativas à articulação com os serviços da comunidade, nomeadamente da Saúde, Educação e Segurança Social. É opinião unânime de todos os entrevistados que a articulação do PCIP com os serviços da comunidade é uma prática corrente.

"nós temos muito a preocupação de ir aos locais, em termos da Saúde, em termos dos Serviços Sociais e da ARS não há essa preocupação, portanto nós temos que andar muito de um lado para o outro e articular estes serviços todos... (...) Somos o pivot de ligação"(Excerto entrevista 1)

"Sim. (...) Com a Saúde na ida às consultas, não é? Fazendo essa ligação (...) E com a Educação porque funcionamos em parceria"(Excerto entrevista 2)

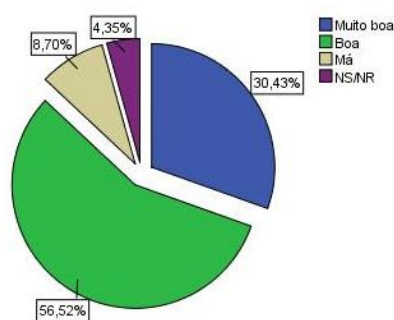
"Isso eu sei que sim, isso eu sei que sim, isso eu sei que sim porque temos algumas das situações também passam por aqui para a nossa avaliação transdisciplinar e sabemos que a Cerci Lisboa tem por hábito fazer um trabalho de parcerias e de envolver os outros parceiros."(Excerto entrevista 3)

"Sim, sim, sem dúvida, é importante."(Excerto entrevista 4)

"Sim, sim, articula." (Excerto entrevista 5)

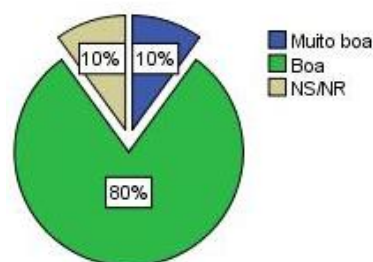
Também da análise dos questionários podemos verificar que 56,52% das famílias inquiridas consideram que a comunicação/cooperação do PCIP com as outras instituições é boa e 30,43% consideram que é muito boa. A grande maioria dos técnicos do PCIP, 80% consideram também que é boa e dos restantes 20%, 10% consideram que é muito boa e os outros 10% "Não sabe/Não responde".

Gráfico 36: Comunicação/Cooperação
PCIP/instituições – Famílias



Fonte: Inquérito às famílias

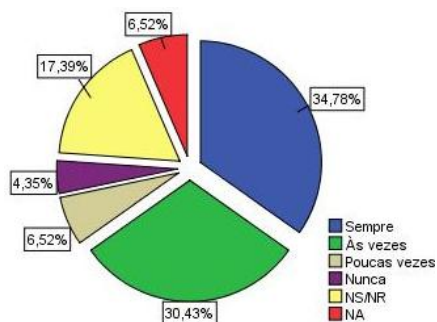
Gráfico 37: Comunicação/Cooperação
PCIP/instituições – Técnicos



Fonte: Inquérito aos técnicos

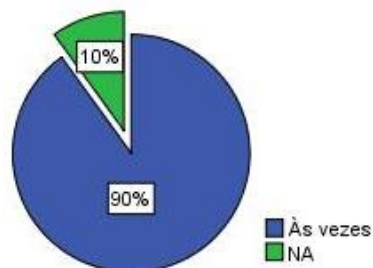
Quando questionadas sobre se o PCIP consegue envolver os serviços da comunidade em resposta às necessidades da criança, 34,78% das famílias referem que consegue sempre e 30,43% que consegue às vezes. Já a esmagadora maioria dos técnicos do PCIP, 90% considera que o fazem sempre e os restantes 10% consideram a questão não aplicável.

Gráfico 38: Envolvência serviços
comunidade – Famílias



Fonte: Inquérito às famílias

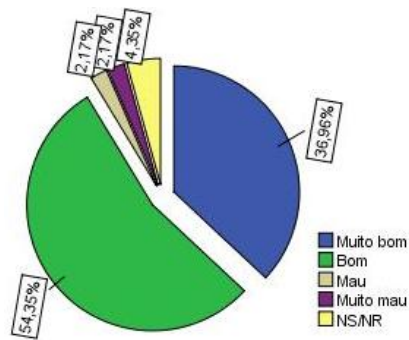
Gráfico 39: Envolvência serviços
comunidade - Técnicos



Fonte: Inquérito aos técnicos

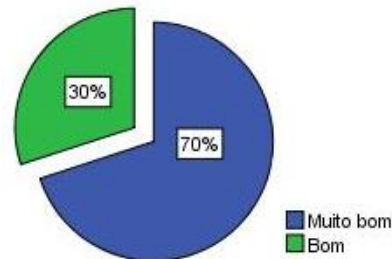
Em relação ao apoio dado pelo PCIP no sentido da integração escolar da criança, 54,35% das famílias classificam-no como bom e 36,96% como muito bom. Os técnicos, por seu lado, 70% classificam-no como muito bom e os restantes 30% como bom.

Gráfico 40: Apoio integração – Famílias



Fonte: Inquérito às famílias

Gráfico 41: Apoio integração – Técnicos



Fonte: Inquérito aos técnicos

4.2.7. Reavaliação da Criança

No que diz respeito à Reavaliação da Criança e aos seus responsáveis, da análise das entrevistas verificamos que na percepção dos entrevistados esta responsabilidade é do gestor de caso, sendo que a maioria refere que é sempre realizada com a participação de todos os intervenientes.

"Esta reavaliação normalmente é feita pelo gestor de caso, podendo o gestor de caso solicitar o apoio de outros técnicos da mesma equipa, para ajudar nesta reavaliação... depende da evolução, do desenvolvimento e da própria intervenção..." (Excerto entrevista 1)

"Pelos técnicos que estão a intervir. Pelo técnico que está a intervir com o apoio de outro técnico que solicite." (Excerto entrevista 2)

"São aqueles que estão a participar no processo de intervenção que terão os momentos de avaliação." (Excerto entrevista 3)

"Então, é pelo gestor de caso" (Excerto entrevista 4)

"Por todos os elementos do grupo envolvido, não é? É evidente que continuo a dizer que existe um gestor de caso, que será o que tutela ou que terá o papel mais activo e que definirá mais situações, enfim, mas estarão todos envolvidos, eu chamar-lhe-ia todos participantes, não é?" (Excerto entrevista 5)

Em relação à frequência de realização, as opiniões divergem, desde frequência anual, semestral ou a uma avaliação contínua no processo de intervenção.

"Um ano... Antes dum ano, nunca... Normalmente, não, não, não... e pronto... É mesmo um ano." (Excerto entrevista 1)

"Não é trimestralmente, talvez de seis em seis meses, a meio do ano e depois no final do ano... (...) Mais ou menos... Eu acho que é semestralmente." (Excerto entrevista 2)

"Agora que esta avaliação tem que ser um processo contínuo de avaliação/intervenção e intervenção/avaliação, tem que ser."(Excerto entrevista 3)

"é sempre que necessário. Poderá ser feita de uma forma formal ou informal sempre que se note, que a pessoa se aperceba que os objectivos foram atingidos"(Excerto entrevista 4)

"Eu penso que sempre que se torne necessário, mas por norma existe, funciona-se ainda por anos lectivos, é isto que está implementado, ainda funcionamos por anos lectivos, poderá ser que se mude, mas para já são os anos lectivos que estão, que imperam as distâncias. Não quer dizer e não significa que não se tenha que fazer, que não se sinta a necessidade de fazer uma avaliação intercalar, porque se previu outra situação, porque se sentiu uma necessidade, portanto é sempre, há sempre a hipótese de se reavaliar a qualquer momento. Formalmente, informalmente eu acho que existem duas avaliações, uma formal e outra informal e a informal eu acho que é quase contínua, porque o diálogo vai sempre existindo e portanto, parece que não mas de uma forma inata a avaliação vai sendo feita. (...) Na própria intervenção, exactamente."(Excerto entrevista 5)

Quanto ao local de realização, apenas três dos entrevistados se manifestaram, sendo a unânime a afirmação de que é no contexto onde a criança se encontra.

"Mais uma vez no local onde a criança está."(Excerto entrevista 1)

"Em contexto."(Excerto entrevista 2)

"É uma questão, pronto, poderá ser feita, lá está, ou no equipamento onde a criança frequenta, ou no domicílio se for domicílio, portanto no local onde esteja a criança."(Excerto entrevista 4)

Relativamente ao modelo desta reavaliação apenas um dos entrevistados refere que há modelos utilizados. Já relativamente aos instrumentos, apenas um dos entrevistados não emitiu conhecimento do facto e dos outros um referiu a utilização de um relatório técnico-pedagógico e outro referiu que o instrumento utilizado é o PIIP.

"existe pelo 3 de 2008⁹ existe, existe o relatório de avaliação final, chamado relatório circunstanciado, mas no fundo é um relatório técnico-pedagógico feito pelos vários técnicos que intervêm e é esse que é utilizado para fazer... A reavaliação."(Excerto entrevista 1)

"Sim, nesta fase há, há instrumentos. (...) Nesta fase eu acho que sim, há. Nesta fase existe, sim. Até porque é utilizado normalmente um instrumento formal e que essa passagem é feita para os pais, à família e para as educadoras e para quem está a intervir com a criança."(Excerto entrevista 2)

"É o PIIP, é o programa individual, portanto o programa."(Excerto entrevista 4)

⁹ Decreto-Lei 3/ 2008, que regulamenta a Educação Especial

"Há modelos e instrumentos utilizados." (Excerto entrevista 5)

Inquiridos sobre o envolvimento da família, todos expressam a opinião que ela é envolvida.

"Claro que sim ... esta avaliação deve ser feita com a família..." (Excerto entrevista 1)

"A família está presente e depois dão o feed-back, portanto a família está sempre presente." (Excerto entrevista 2)

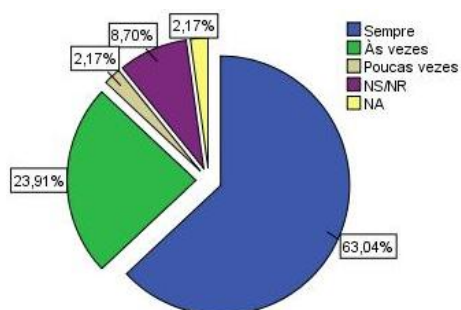
"Não tenho ideia como é que o PCIP funciona, mas que deverá envolver a família em todo o processo de avaliação e devolver, terá que ter." (Excerto entrevista 3)

"Está envolvida, sem dúvida." (Excerto entrevista 4)

"Família também." (Excerto entrevista 5)

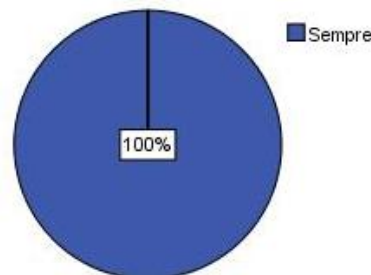
Da análise dos questionários, verificamos que para a maioria das famílias questionadas, 63,04% as suas informações e opiniões são sempre tidas em conta nas avaliações da criança e para 23,91% só às vezes. Já para a totalidade dos técnicos estas são sempre tidas em conta.

Gráfico 42: Informações família avaliações
– Famílias



Fonte: Inquérito às famílias

Gráfico 43: Informações família avaliações
– Técnicos



Fonte: Inquérito aos técnicos

No que diz respeito à devolução da informação desta reavaliação, podemos verificar a percepção dos entrevistados na análise das entrevistas que existe um documento escrito e a realização de uma reunião. O entrevistado 3 já se tinha referido a esta categoria quando respondeu à questão sobre o envolvimento da família, dizendo que a informação tinha que ser devolvida.

"tem que assinar também (A.R.S. – E a devolução da informação, aqui já há um registo escrito, este relatório, quando diz que a família tem que assinar...) Exactamente, claro que sim, claro que sim." (Excerto entrevista 1)

"É feita em reunião." (Excerto entrevista 2)

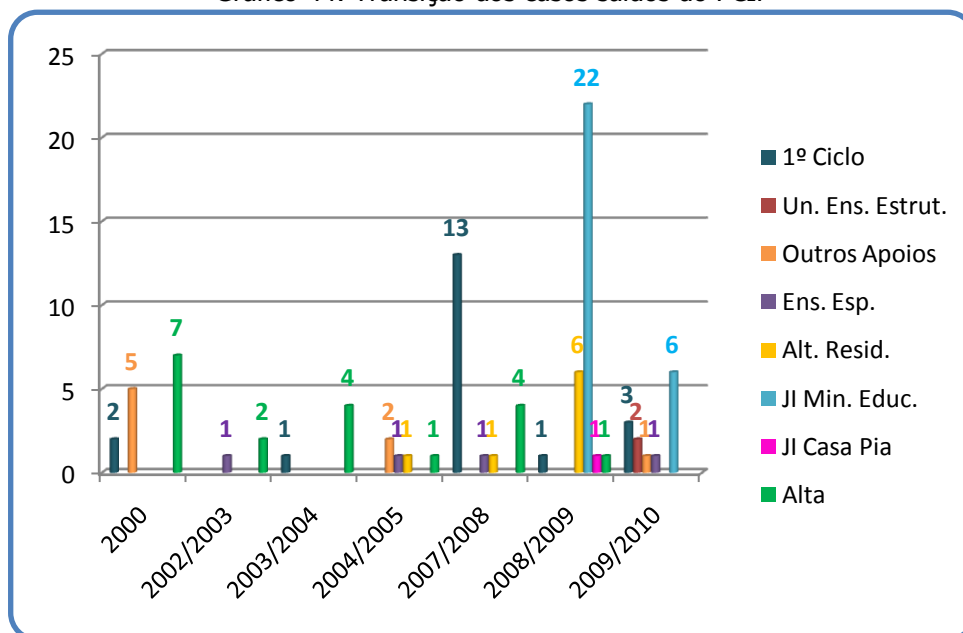
"Para já em reunião, faz-se uma reunião e depois dessa reunião há-de sair um documento escrito, não é, que a família depois também fica com a cópia e tem acesso, fica sempre com esse documento." (Excerto entrevista 4)

"Também por diálogo e por articulação conjunta de todos os elementos. (...) A família tem sempre em posse o seu documento, como todos os elementos têm o documento em posse." (Excerto entrevista 5)

4.2.8. Encaminhamento

Relativamente ao Encaminhamento e à transição, o que acontece às crianças/famílias quando deixam de ter o apoio do PCIP, colocam-se vários cenários. Em qualquer altura pode ocorrer uma situação de alta, em que foram completamente atingidos os objectivos da intervenção e deixa de se verificar a necessidade do apoio. Outros factores podem levar à cessação do apoio, como a mudança de residência ou a preferência da família por outro apoio em IPI ou ainda por um colégio de Ensino Especial, entre outros. Quando atingem os 6 anos, limite de idade para o apoio em IPI transitam para o 1º ano do 1º ciclo, preferencialmente com a continuidade dos apoios que necessitam, agora em contexto escolar.

Gráfico 44: Transição dos casos saídos do PCIP



Fonte: Elaborado a partir dos Relatórios de Actividades do PCIP de 1999 a 2009/2010 e das listagens da população alvo apoiada pelo PCIP de 2001/2002 a 2009/2010.

Apesar de não termos dados da transição das crianças/famílias para todos os anos, optámos por incluir neste trabalho aqueles que tínhamos, por nos parecer um dado relevante para a caracterização do PCIP. Temos assim o Gráfico 44 com a sistematização dos dados disponíveis, onde podemos verificar as várias situações referidas anteriormente.

Com a saída da nova legislação para o Ensino Especial em Janeiro de 2008, o Decreto Lei Nº3/2208, os agrupamentos de escolas passaram a ter técnicos nas escolas e Jardins de Infância da rede pública do Ministério da Educação, ao abrigo de parcerias com organizações que criassem Centros de Recursos para a Inclusão. Assim, a equipa do PCIP deixou de intervir e articular com estes JI, onde já deveriam existir técnicos que assegurassem o apoio terapêutico, mas não o apoio em IPI. Foi este facto que nos levou a considerar a transição para Jardins de Infância da rede pública um dado relevante.

Da análise das entrevistas verificamos que a percepção da maioria dos entrevistados em relação ao Encaminhamento é que o primeiro responsável pela decisão é a família, orientada pelo Gestor de Caso.

"O responsável, em primeiro lugar é sempre a família" (Excerto entrevista 1)

"Ah, o encaminhamento é feito pelo técnico, pelo responsável de caso, pelo gestor de caso, sim."
(Excerto entrevista 2)

"Em princípio será toda a equipa, porque se há uma equipa que está em volta de todo o processo, toda a equipa tem que tomar essa decisão, não é, embora as pessoas que estão a implementar o processo directamente com a família e com a criança terão uma opinião" (Excerto entrevista 3)

"Todos os elementos que fazem, que fizeram parte do processo educativo da criança (...) claro que também o técnico aqui tem a função de sensibilizar, não é, de informar os pais do melhor recurso que será o encaminhamento para a criança, a dos pais será sempre a última palavra." (Excerto entrevista 4)

"A decisão, decisão, decisão é sempre da família, não é, a proposta pode ser do técnico porque a família não tem conhecimentos para, ou nem sempre tem conhecimentos, pode ter..." (Excerto entrevista 5)

Quanto ao envolvimento da família, é um dado adquirido para os entrevistados e é ainda o elemento decisor para a maioria, tendo o técnico o papel de facilitador neste processo.

"é sempre a família que tem que escolher, o técnico pode é facilitar, ajudar a família nessa escolha (...) de qualquer maneira a família é que tem sempre a última palavra. O técnico só poderá informar e dar a sua opinião à família." (Excerto entrevista 1)

" (A família está envolvida neste processo?) *Claro, claro que está. Claro, claro que está. (...) a família opta por qual quer que a criança frequente, não é, porque a família é que tem a última palavra, a primeira e a última, portanto e o técnico ajuda nesse processo todo, não é?*" (Excerto entrevista 2)

"a própria família também, embora nós tenhamos a consciência de que há um limite para a Intervenção Precoce, portanto a partir do momento em que a criança chega ao limite da sua idade" (Excerto entrevista 3)

"a opinião dos pais prevalece, não é, pronto e o que ficar decidido os pais, se os pais concordarem" (Excerto entrevista 4)

"A família está sempre envolvida no processo de encaminhamento, sem dúvida e é o elemento de decisão, é o elemento que decide a situação, as propostas podem vir dos elementos conhecedores, que pode ser a própria família, não é, a família já pode ter esse recurso na mão e já pode ter as suas ideias formalizadas, no entanto é em diálogo que se assenta o que é que é válido e é com a decisão de todos, de todo o grupo que depois se processa o encaminhamento." (Excerto entrevista 5)

Quando inquiridos sobre como se processa a passagem do caso, a percepção dos entrevistados é diversa, mas referem sempre que há um processo formal, de passagem de informação entre os serviços encaminhador e receptor.

"Esta passagem de caso é feita através da comunicação com os locais para onde as crianças vão... Ham... E portanto será em princípio telefonicamente (...) o processo vai para onde a criança for e, portanto é enviado o processo, todo o processo escrito é enviado para onde a criança vai." (Excerto entrevista 1)

"É feito em reunião. (...) Primeiro é feito de uma forma informal, para contactar diversos locais para onde a criança vai (...) E depois é feita uma reunião formal quando a criança é admitida noutra sítio com toda a gente, com todos os envolvidos, é sempre feito assim. Não só do PCIP como os que estão também do lado de lá, para onde a criança vai se não forem os mesmos técnicos que ficam, outros que ficam com a criança também." (Excerto entrevista 2)

"Não tenho ideia como é que é feito, mas que deverá haver um processo de transição, que tem que ser trabalhado, deverá! (risos)" (Excerto entrevista 3)

"Se assim for, depois o processo será passado para a nova transição, para a nova estrutura em que a criança pronto, transitou, será passada toda a informação, aliás o processo educativo depois também acompanhará, transitará com a criança, acompanhará a criança." (Excerto entrevista 4)

"A passagem de caso normalmente é feita pelos técnicos para outros técnicos, não é, com o conhecimento da família, sim, mas aqui envolve serviço com serviço, portanto a família poderá estar presente, mas quem normalmente faz as pontes e faz entregas de processos e no fundo é quase um processo administrativo, não é, considero que é mais o técnico. Há no entanto depois

reuniões de apresentação, e de, pronto de contextualização do processo que é positivo e favorável. Depois depende também dos serviços receptores que podem estar com esta filosofia, ou não, não é? Esse é outro... (...) São outras portas também e outra variável.”(Excerto entrevista 5)

4.2.9. Alta

Finalmente, analisando o processo da Alta nas entrevistas podemos constatar a percepção dos entrevistados de que este é um processo mais técnico, cuja responsabilidade recai mais no profissional.

“a alta tem muita influência o parecer do técnico (...) o serviço já tem qualquer coisa a dizer, não é, sobre isso.”(Excerto entrevista 1)

“Todos os intervenientes.”(Excerto entrevista 2)

“Não, não tenho ideia, no PCIP não faço a mínima ideia quem é responsável, não sei a que nível é que vai, se vai a coordenador de projecto, não faço a mínima ideia.”(Excerto entrevista 3)

“Eu acho que aí são todos os técnicos que intervieram com a criança, portanto e se chegam a uma conclusão todos em que realmente a criança atingiu, não é, os objectivos e conseguiu ultrapassar, não é, minimizar e ultrapassar as suas dificuldades, acho que é mesmo”(Excerto entrevista 4)

“O PCIP tem um grupo de apoio, não é, portanto o gestor de caso pertence a um grupo e penso que é uma decisão... É uma alta decisão quando há uma alta e portanto penso que há um diálogo em equipa, há um diálogo antes de tomar uma... de resolver uma situação dessas, é uma situação que é dialogada pela equipa, pela equipa e pelos próprios técnicos e que depois será posta aos elementos que envolvem o caso e decidida realmente”(Excerto entrevista 5)

Mas o envolvimento da família continua a ser uma constante, para a maioria dos entrevistados.

De qualquer maneira, a família tem sempre a última... a última palavra, mas o técnico é que de facto pode e deve informar a família se acha que esta criança já alcançou os objectivos que estavam previstos e que em termos das aquisições em relação à sua faixa etária não precisa mais de um técnico especializado (...) cabe ao técnico informar a família desta situação e logicamente é a família que decide (...)(Excerto entrevista 1)

É assim, a família está incluída, se bem que muitas vezes... quer dizer, há casos que as famílias compreendem a alta, outros casos a família por elas continuavam sempre com aquele apoio, não é? (...) Eu acho que a decisão é mais do técnico, da parte dos técnicos... (...) Tem um peso mais profissional, se calhar para a família eles podiam... mas depois a família acaba por aceitar, por perceber o motivo da alta, normalmente não se dá alta assim... a casos que não é para dar alta, não é?”(Excerto entrevista 2)

"A família também, mais uma vez envolvida no processo, sem dúvida." (Excerto entrevista 4)

"E a família, é claro, e a família. Quando eu dizia os elementos envolventes, a família para mim está sempre lá dentro." (Excerto entrevista 5)

Está assim concluída a apresentação dos dados da avaliação de processo realizada ao PCIP no âmbito deste trabalho. No próximo capítulo, além de uma pequena reflexão sobre estes resultados e, baseada neles e nas orientações teóricas explanadas no Enquadramento Teórico deste trabalho, apresentaremos uma matriz de avaliação de processo para este programa, como proposta de intervenção sócio-organizacional.

5. Contributo para a criação de um modelo de avaliação do PCIP

Da análise dos dados apresentada no capítulo anterior e que foram obtidos utilizando diferentes técnicas para melhor adequar as orientações teóricas ao contexto específico do PCIP, resposta social da organização CERC Lisboa, foi possível identificar alguns factores que nos merecem particular atenção para alcançar o objectivo a que nos propomos, contribuir para a criação de um modelo de avaliação do PCIP.

Decidimos introduzir neste capítulo a identificação das propostas de melhoria para os diversos processos-chave da intervenção enunciadas pelos informantes privilegiados inquiridos, estando estes intimamente ligados com os factores críticos de sucesso do PCIP identificados e constituindo-se assim como a linha orientadora para a proposta de intervenção sócio-organizacional.

Seguindo a linha orientadora da avaliação de processo do PCIP realizada no âmbito deste trabalho, iniciaremos esta reflexão incidindo na caracterização do programa. De acordo com as bases teóricas da IPI anteriormente enunciadas neste trabalho, a continuidade dos técnicos no processo de intervenção facilita a estabilidade emocional e a segurança das famílias e crianças. A saída de um elevado número de técnicos da equipa, com a consequente diminuição da capacidade de resposta constituiu-se como um evento desestabilizador, também para a equipa, pelos casos que ficaram sem apoio. A continuidade dos técnicos na equipa parece-nos assim ser um factor que pode ter uma influência acentuada na intervenção deste programa, até pelas suas características próprias que requerem conhecimentos e competências específicas para garantir a sua qualidade, para além da formação de base dos diferentes técnicos.

Este factor está intimamente ligado a outro, neste contexto específico, o financiamento. Sendo o PCIP um programa inserido num contexto organizacional específico, a CERC Lisboa, Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados, organização do Terceiro Sector que depende grandemente de financiamentos externos para o seu funcionamento e sendo o próprio programa financiado por fundos estatais, que tinha até esta altura uma componente variável de financiamento anual em função do público-alvo sinalizado no ano anterior, não só se cria a instabilidade nos profissionais como a incerteza da continuidade do apoio nas famílias, os beneficiários da intervenção.

Esta situação tende a ser alterada com a entrada em vigor da nova legislação para a IPI no nosso país, já anteriormente referida neste trabalho, mas neste período de transição criaram-se alguns constrangimentos, como o referido no capítulo anterior no ano lectivo 2009/2010 em que algumas crianças/famílias ficaram sem apoio. Este aspecto voltará a ser referido mais à frente, já que foi contemplado numa das entrevistas como proposta de melhoria para a Intervenção directa com a criança e a família.

Outra das situações identificadas nesta avaliação e que gostaríamos de realçar é o facto de não terem sido identificados nos beneficiários da intervenção do PCIP casos puros de crianças de risco, seja ele biológico ou social, como “diagnóstico” primário para o apoio em IPI, mas sim casos com uma patologia já instalada, sendo que na grande maioria dos casos esta patologia é grave. Esta situação pode dever-se à componente técnica da equipa, já que é constituída maioritariamente por terapeutas e psicólogos. Este é então outros dos factores a destacar desta avaliação como uma das mais-valias deste programa, para a intervenção com este tipo de casos.

Pode ainda ocorrer pela sinalização tardia dos casos, o que leva a que situações de risco se convertam em situações de patologia instalada, o que poderia não acontecer à luz das teorias actuais do desenvolvimento infantil, se identificadas e acompanhadas atempadamente, como também já foi referido anteriormente neste trabalho.

Outra das razões possíveis para esta situação é o facto de as sinalizações para o PCIP serem muitas vezes efectuadas por serviços de Saúde, no que se tem verificado até uma tendência crescente nos últimos anos e é o que está previsto na legislação actual, que seja a Saúde a porta de entrada no sistema. Mas o peso da componente técnica da equipa anteriormente referido também pode ser um factor que fomenta esta sinalização de casos para o PCIP pelos serviços do sector da saúde.

O facto de existirem em apoio no PCIP mais crianças entre os 3 e os 6 anos do que crianças com menos de 3 anos é outra das situações que gostaríamos de realçar desta avaliação. Pode dever-se igualmente à sinalização tardia, mas parece-nos estar mais

relacionada com o tempo de permanência em apoio das crianças, mais uma vez pela necessidade de um apoio de carácter continuado no tempo devido à cronicidade das patologias que apresentam.

Das acções dinamizadas pelo PCIP direccionadas para as famílias, foi identificada na avaliação a sua opinião, que se revelou aquém das expectativas. Esta situação identificada no decorrer deste trabalho levou a que se programassem já algumas acções de melhoria, nomeadamente a dinamização de formações exclusivas para as famílias e a realização de uma reunião de pais anual, com um carácter mais formal e para além da continuidade do Encontro Anual de Pais.

Em relação às parcerias formais, estas deverão ser continuadas e alargadas, no sentido de continuar a assegurar e a complementar a actuação do PCIP no panorama da IPI.

Analizando agora em maior profundidade os processos-chave de intervenção, de uma forma geral a maioria não estão formalmente descritos nem documentados, o que pode levar a "interpretações livres" da sua implementação, o que foi identificado concretamente para a Avaliação da admissibilidade e para a Avaliação e Reavaliação da criança, o que será referido em maior detalhe mais à frente. De qualquer forma, gostaríamos de realçar que, a nível organizacional da CERC Lisboa, este aspecto foi também identificado e que se pretende alterar com a implementação do Sistema de Gestão da Qualidade EQUASS.

Começando pela Sinalização, foram identificadas como propostas de melhoria a sua formalização a nível organizacional, o que começou já a ser implementado no decorrer da elaboração deste trabalho, a existência de mais recursos humanos, a sua celeridade, essencialmente nas entidades situadas a montante e a melhoria da articulação entre os diversos serviços intervenientes.

"De facto serem revistos os processos chave para que este encaminhamento fosse mais institucional e não tão dirigido só à equipa ou a esta resposta social, mas ser dirigido institucionalmente através do site da própria instituição com uma ficha preenchida por esta..."
(Excerto entrevista 1)

"É assim, eu acho que funciona bem, eu acho que funciona... Nós precisávamos era de ter mais pessoas..." (Excerto entrevista 2)

"Olhe, neste momento relativamente a este projecto, como sabe, vai deixar de haver PCIPs, não é? Portanto, a própria organização que está consignada na lei 281 de 2009 pressupõe um Sistema Nacional de Intervenção Precoce. (...) A sinalização é feita por qualquer entidade e a porta de entrada, portanto o ponto de acesso do sistema será a Saúde." (Excerto entrevista 3)

"Mais fácil... As crianças passarem pelas consultas de Desenvolvimento, porque sabemos também que é um processo muito demorado e para se conseguir e ter acesso, se bem que pronto, é através do médico de família, não é assim tão fácil, consegue-se através do médico de família, depois o médico de família encaminha para a consulta de desenvolvimento mas depois em termos de resposta tem... É um processo que ainda leva o seu tempo, demora."(Excerto entrevista 4)

"Eu penso que a articulação entre os serviços é importante, mas vamos pensar que esta articulação já se faz há 30 anos... (...) desde os anos 70 que se tenta fazer esta articulação, pronto... Essa é importante. Depois haver um feedback positivo, porque infelizmente também depois a qualidade de resposta também nem sempre é aquela desejável, não é? Mas quando a qualidade de resposta também começa a ser satisfatória ou coerente, etc., também eles, os serviços começam a criar também uma boa expectativa e... (...) Eu penso que sim, que já é um serviço com uma imagem, não é? E que tem uma estrutura por trás, o que também é importante porque o que acontece é que foram nascendo às vezes núcleos aqui, núcleos ali e não se começaram a criar estruturas... (...) De base, estruturas com forma, pronto e realmente quando isto, quando a Intervenção Precoce vai enquadrar nas instituições tem uma imagem e uma estrutura, uma casa, uma família, não é? E portanto isso depois também dá algum suporte com validade."(Excerto entrevista 5)

Foram ainda realçados dois aspectos que nos parecem relevantes. Em primeiro lugar a reorganização da IPI no nosso país face à nova legislação, que preconiza a criação de ELIs, sendo que o PCIP irá integrar uma destas equipas na cidade de Lisboa, dado já avançado pela subcomissária do SNIPI pela Segurança Social para Lisboa e Vale do Tejo. Em segundo lugar, a referência à imagem de credibilidade e enquadramento organizacional do PCIP.

Gostaríamos de realçar como propostas de melhoria identificadas para a Avaliação da admissibilidade a sistematização do processo, nomeadamente dos procedimentos e dos critérios de elegibilidade que, como anteriormente referido já se encontram definidos a nível nacional, mais uma vez a celeridade do processo e a existência de mais recursos humanos e a reflexão sobre o processo.

"Para mim a melhoria passava por uns critérios elaborados, quantificados, institucionalmente, claro, que tivessem a ver com a própria organização e de facto serem aplicados para todos igual, portanto, haver ali uma equidade"(Excerto entrevista 1)

"Eu acho que é assim, como a maior parte dos pedidos que nós temos vêm sempre acompanhados de um relatório, porque são a nível hospitalar e mesmo quando é pedido pelos pais vem acompanhado de um relatório, nós nesse relatório temos logo uma, temos logo alguma visibilidade de qual é a problemática da criança, não é? Ou é uma deficiência já comprovada e aí é fácil, quando não é e os atrasos de desenvolvimento psicomotor ou atraso de desenvolvimento global, nós percebemos pelo que está descrito no relatório qual é a gravidade e se tem apoios ou não tem,

também é outro dos factores, não é? Para nós podermos acelerar o processo." (Excerto entrevista 2)

"Factores de melhoria... Posso melhorar essa... Aumentar o número de técnicos, talvez, isso seria mesmo o ideal e acho que uma das questões passa essencialmente por aí, por haver falta de recursos humanos." (Excerto entrevista 4)

"Eu acho que o tempo é sempre um remédio para tudo e a reflexão é sempre um remédio para tudo e as pessoas conscientes que são vão crescendo nos processos e portanto acho que essa é o ponto único para uma melhor adaptação." (Excerto entrevista 5)

No que diz respeito à Avaliação da criança, para além das anteriormente referidas descrição e sistematização, foram identificadas como propostas de melhoria a realização de uma entrevista de acolhimento para um maior enquadramento organizacional do PCIP, já que a sua intervenção é essencialmente realizada na comunidade, a criação de instrumentos para a devolução escrita da informação resultante desta avaliação, a existência de mais recursos humanos e a reflexão sobre o processo.

"A melhorar, eu acho que devia ser de facto, devia haver uma primeira entrevista de acolhimento para que estas famílias tivessem acesso a esta informação e também tivessem acesso àquilo que é a Cerci, não é? (...) Eu acho que isso é um aspecto a melhorar, é uma conversa e eu acho que esta avaliação tem que ser devolvida escrita." (Excerto entrevista 1)

"Eu acho que nós poderíamos formalizar se calhar um bocadinho mais as coisas, mas o ritmo da Intervenção Precoce não... Eu acho que não permite, quer dizer, não é? Se calhar poderíamos criar alguns instrumentos (...) Que formalizassem mais este processo, sim, sim, sim, acho que sim." (Excerto entrevista 2)

"Acho que também passa pela questão dos técnicos, quanto mais técnicos também houver, não é, maior número de avaliações se poderá também fazer." (Excerto entrevista 4)

"Eu penso que os mesmos que referi anteriormente, portanto é o crescer nas situações e é realmente avaliar e onde é que poderá limar-se arestas." (Excerto entrevista 5)

Para a Elaboração do PIIP e como propostas de melhoria foram referidas a maior articulação dos intervenientes, a criação de um instrumento comum aos diferentes parceiros, o aumento de recursos humanos e a reflexão sobre o processo.

"Tem que ver com a proximidade das equipas que intervêm com as famílias, está tudo muito desagregado" (Excerto entrevista 1)

"Os factores de melhoria eu acho que era construirmos mesmo tudo de raiz com toda a gente (...) Para podermos facilitar" (Excerto entrevista 2)

"Não, não têm que mudar nada!" (Excerto entrevista 3)

"Eu penso que a resposta vai dar ao mesmo, é pelos técnicos, o maior número de técnicos possível..." (Excerto entrevista 4)

"Continuo com o mesmo discurso, penso que a reflexão é o ponto melhor, é evidente que também a pesquisa e a procura de outros recursos também é importante nalgumas situações mais do que outras, mas isso também nos vai trazendo outras aprendizagens e outras maneiras de estar e outras posturas e outras atitudes." (Excerto entrevista 5)

Em relação à Intervenção directa com a criança e a família e da análise dos dados recolhidos, parece-nos que o modelo de apoio que o PCIP oferece se encontra bastante adequado às orientações teóricas recomendadas para a IPI. O envolvimento da família no processo é uma constante, a intervenção é planeada com todos os intervenientes e sistematizada num PIIP que contempla os itens preconizados quer pela teoria quer pela legislação e a articulação com os serviços da comunidade é reconhecida. Independentemente destas considerações, obviamente que há aspectos a melhorar, nomeadamente os identificados como propostas de melhoria, a saber uma maior articulação entre os diversos parceiros envolvidos, mais recursos humanos, a rentabilização das respostas já existentes, maior divulgação e a reflexão sobre o processo.

"Esperemos que com a implementação do novo decreto-lei que isto venha a haver maior, uma maior articulação ..." (Excerto entrevista 1)

"Mais recursos humanos. Mais trabalho de equipa, porque eu acho que esta questão da separação das equipas não ajuda. Há locais do país em que as equipas continuam juntas! (...) Continuam juntas, aqui em Lisboa é que não, continuam a funcionar em conjunto, as da Educação estão junto com os técnicos, reúnem todas as semanas... Assim as pessoas estão a trabalhar mais sozinhas, não é? (...) É diferente de quando nós começámos aqui que estávamos todas juntas e que todas as semanas... E faz falta!" (Excerto entrevista 2)

"Ainda havia instituições em que a própria Direcção Geral da Segurança Social tinha solicitado às Cercis e a outras instituições de reabilitação que enveredassem pelo apoio a faixas etárias mais baixas e havia várias instituições, nomeadamente aqui na nossa área da região da grande Lisboa em que tinham esses projectos e que agora transitam para este processo com alguns constrangimentos (...) este modelo vai agora deixar de ser assim, porque vão ser criadas as Equipas Locais de Intervenção Precoce, aquilo que existia relativamente aos projectos integrados, aos projectos de Intervenção Precoce das instituições fechavam muito a resposta, uma vez que o financiamento das instituições era feito por número de crianças atendidas, o que resultava que chegava aquele limite e os técnicos não podiam atender mais, portanto, isso não é um sistema de Intervenção Precoce, porque a Intervenção Precoce preconiza uma detecção o mais precoce possível, não é? E depois, não é depois de detectados que ficam à espera das intervenções. (...) eu penso que aqui a única diferença que vai haver é que deixam de estar, deixa de ser o Programa

centrado numa instituição e passa a ser centrado na comunidade numa equipa pluridisciplinar em parcerias, portanto o que terá que haver é uma rentabilização das respostas”(Excerto entrevista 3)

“Lá está, é os técnicos, os recursos humanos”(Excerto entrevista 4)

“Pois batemos sempre no mesmo, na reflexão, na pesquisa, na divulgação ainda nesse caso na divulgação, na divulgação, no diálogo, na apresentação, pronto, nesse caso a comunidade tem outra abrangência, não é, portanto aí penso que entram outros factores.”(Excerto entrevista 5)

A falta de recursos humanos é um aspecto frequentemente referido nas entrevistas, mas pensamos que este é um condicionamento também a nível externo e não tanto confinado ao PCIP. De facto, quando na entrevista 3 o entrevistado se refere à *“rentabilização das respostas já existentes”* como forma de colmatar os constrangimentos advindos da necessidade do financiamento externo para a implementação destes programas, é uma referência à criação e implementação do SNIPI, criando uma rede com capacidade de resposta às constantes sinalizações de casos para a IPI.

Quanto à Reavaliação da criança, foram identificadas como propostas de melhoria a implementação de uma monitorização do PIIP com uma frequência maior do que a reavaliação anual realizada actualmente, mais recursos humanos, a reflexão sobre o processo e a pesquisa e consequente divulgação constantes, divulgação esta que deve no entanto ser filtrada para as famílias, na opinião de um dos entrevistados que coloca no PCIP esse papel.

“Eu acho que será pensar em vez de se fazer só a avaliação anual, fazer a monitorização do Programa, que foi elaborado com a família”(Excerto entrevista 1)

“Não, eu acho que está bem. Este processo eu acho que está bem, porque há instrumentos, há devolução, há trabalho com a família... Não estou aí a ver nada que pudesse melhorar.”(Excerto entrevista 2)

“Lá está, também os recursos, tudo passa pelos recursos humanos, sem dúvida.”(Excerto entrevista 4)

“Factores de melhoria... Eu acho que... Eu acho que é sempre e tanto quanto conheço e sei, são sempre o reflectir em conjunto, o reflectir com os outros parceiros, o reflectir e realmente o trazer à mesa tudo quanto se pesquisa, tudo quanto se encontra, tudo quanto é novo, tudo o que possa ajudar e ser um recurso favorável à situação. E felizmente hoje em dia chove muita coisa, a dificuldade é distinguir o trigo do joio, porque realmente também temos muita... (...) Um excesso que também chega às famílias e que não é saudável, não é saudável. (...) Exactamente, tem que haver esse filtro e acho que é um papel também do PCIP, em filtrar essa informação.”(Excerto entrevista 5)

O Encaminhamento é outro processo-chave para o qual as propostas de melhoria contemplam também a envolvente externa ao PCIP. Os principais constrangimentos identificados têm a ver com a inexistência de respostas ou a sua inadequabilidade para estas crianças e famílias quando deixam de ter o apoio da IPI, neste caso concreto, do PCIP. É também referido o papel dos próprios PIP na identificação dos casos que possam fundamentar a criação de respostas em número e com recursos adequados às necessidades identificadas. Foram ainda identificadas como proposta de melhoria o maior enquadramento organizacional deste processo e, mais uma vez, a existência de mais recursos humanos.

"passar pela organização, portanto ser a própria organização em vez de ser o técnico a enviar por, para ser a própria organização"(Excerto entrevista 1)

"Eu acho que funciona bem, porque é sempre feito isso, não estou a ver outra forma... E os técnicos envolvem-se bastante com as famílias e ajudam, não estou a ver aí grandes aspectos a melhorar, sinceramente."(Excerto entrevista 2)

"Olhe, eu penso que temos que trabalhar muito com as próprias comunidades e criar as respostas. Se houver um conhecimento da população existente, se houver uma boa caracterização daquilo que temos, a própria Equipa Local de Intervenção Precoce não é só para fazer os programas de Intervenção directa com as crianças e com as famílias, tem também uma componente de dinamização da própria comunidade em que está inserida e tem que haver, como sabe a própria Equipa Local de Intervenção Precoce os casos que serão apontados na equipa e há uns que são elegíveis para a intervenção, para programas de intervenção directa, há outros que ficam em vigilância, portanto e os casos que ficam em vigilância a equipa tem que fazer alguma coisa na sua própria comunidade para criar respostas futuras"(Excerto entrevista 3)

"Lá está, também passa pelo... É pelos recursos humanos e a resposta também dos equipamentos terem uma resposta adequada para aquela situação que tem a criança, muitas vezes, não só..."
(Excerto entrevista 4)

"Há sítios que ainda hoje perdem processos e não se sabe onde é que eles estão e não receberam e não estiveram, mas também temos outros que pretendem marcar, realizar, resolver, fazer pontes e portanto facilitar todo este processo de encaminhamento e de integração da criança num novo espaço. São situações que só o tempo, não é, e a mudança de atitude das pessoas poderá resolver, mas que não está completamente resolvido, de todo."(Excerto entrevista 5)

Finalmente, no que diz respeito à Alta, foi considerado o processo mais simples e que não requeria melhorias. Foi no entanto realçado por um dos entrevistados um aspecto que nos parece relevante, que tem a ver com o suporte e acompanhamento destas famílias pós IPI, o que é muito visível neste contexto específico do PCIP em que a grande maioria dos beneficiários são famílias com crianças com condições crónicas, em que

ambos, criança e família requerem um acompanhamento e apoio continuados. Como referido anteriormente para o Encaminhamento, parece-nos que também nesta situação os PIPI deverão ter um papel de elemento sinalizador destas necessidades, para que se possam fundamentar a criação de respostas a este nível para estas famílias.

"O processo da Alta não é complicado, é dos processos mais simples, portanto... Eu acho que não tem grandes processos de melhoria" (Excerto entrevista 1)

"A alta é sempre um factor difícil porque se por um lado a família fica satisfeita porque a sua criança já não precisa de apoio, portanto resolveu uma série de questões, por outro lado a família sente-se insegura porque vai ficar com menos um suporte e menos um elemento de segurança. Não é fácil e também não sei qual é a forma como resolver, acho que passa muito pelo bom senso e pela articulação com situações que promovem essa segurança e esse bem estar..." (Excerto entrevista 5)

No decorrer da avaliação efectuada e da análise dos dados dela resultantes foi possível identificar os factores críticos de sucesso do PCIP, a saber:

- Recursos humanos, nomeadamente a continuidade da equipa, factor este intimamente relacionado com o segundo factor identificado;
- Financiamento, que condiciona a capacidade de intervenção pela afectação de recursos;
- Componente técnica da equipa, que a vocaciona para uma intervenção especializada em casos que apresentem condições que requerem uma tónica no apoio terapêutico mais acentuada para além das práticas de IPI mais universais;
- Imagem de credibilidade do PCIP, conseguida também pelo seu enquadramento organizacional;
- Sistematização e descrição dos processos-chave de intervenção, que se destaca como um factor a requerer uma atenção particular.

Tendo em linha de conta os dados recolhidos da realização desta avaliação de processo neste contexto específico, o PCIP da CERC Lisboa e as bases teóricas anteriormente enunciadas ao longo deste trabalho, apresentamos assim uma Matriz de Avaliação do PCIP, que se encontra no anexo 15 e que pretende sistematizar um modelo de avaliação que nos surge como adequado à sua especificidade. Gostaríamos de realçar que, apesar de não terem sido incluídos nesta avaliação realizada, os parceiros informais do PCIP estão contemplados neste modelo, já que pela sua articulação próxima e continuada com o programa foram considerados como elementos a serem envolvidos.

O modelo proposto segue em traços gerais a avaliação realizada no âmbito deste trabalho, pelo que tem como referenciais as orientações teóricas recomendadas já referenciadas anteriormente no trabalho para a avaliação de processo, concretamente para a avaliação de processo na IPI, enquadradas no contexto organizacional em que se insere. Abarcando as dimensões do Planeamento da prestação de serviços, Participação, Transparência e Reflexividade, contempla as categorias da Caracterização do Programa, Sinalização, Avaliação da Admissibilidade, Avaliação da criança, Elaboração do PIIP, Intervenção, Reavaliação da criança, Encaminhamento e Alta. Foram definidas subcategorias para cada uma das categorias e associadas as diferentes técnicas de recolha de dados a cada uma. Como técnicas de recolha de dados propomos as utilizadas neste trabalho, com as alterações ao guião da entrevista sugeridas no capítulo seguinte e a adaptação da escala ESFIP aos parceiros informais.

6. Conclusões e Recomendações

Na avaliação de processo realizada no âmbito deste trabalho foram utilizadas diferentes técnicas para melhor adequar as orientações teóricas à especificidade do PCIP, enquanto resposta social da organização CERC Lisboa.

Foi assim possível recolher informação sobre as várias dimensões de actuação do PCIP, a CERC Lisboa (organização sede do programa), os parceiros formais (agrupamentos de referência para a IPI na cidade de Lisboa do Ministério da Educação e o Instituto de Segurança Social, que é simultaneamente o financiador), os financiadores, os beneficiários e os colaboradores, com vista a atingir o objectivo primeiro deste trabalho, a criação de um modelo de avaliação do PCIP, o que se concretizou na criação de uma Matriz de Avaliação de Processo do PCIP.

Consideramos que os objectivos específicos definidos foram alcançados, tendo sido analisadas a população abrangida (os beneficiários da intervenção), os recursos utilizados na intervenção, os processos-chave da intervenção, as parcerias formais e informais estabelecidas, os factores críticos de sucesso da intervenção e os principais traços identificadores do grau de satisfação dos beneficiários e colaboradores do PCIP da CERC Lisboa. Este grau de satisfação não foi tratado de forma isolada e também não era o pretendido, já que uma avaliação de processo não é uma avaliação de satisfação. Esta foi considerada como colateral à avaliação de processo, estando incluída na avaliação dos processos-chave de intervenção.

Ao longo da realização deste trabalho foram surgindo algumas considerações que, uma vez que nenhum trabalho de investigação termina em si mesmo, decidimos apresentar como recomendações.

Como primeira recomendação surge uma das limitações sentidas, a reformulação do guião da entrevista semi-estruturada utilizado. Sugere-se então a reformulação da pergunta nº 5 para "Conhece os serviços que o PCIP oferece?", uma vez que as expectativas em relação à intervenção não se enquadram na avaliação dos processos-chave de intervenção, mas o serviço esperado sim. A clarificação do conceito de "modelo de avaliação" com a alteração para "tipo de avaliação" é outra sugestão apresentada, já que se verificou em algumas situações a associação deste conceito a escalas de avaliação, quando o que se pretendia era saber se a avaliação era formal ou informal. Também a separação das sub-categorias identificadas por questões independentes e não aglutinadas na mesma questão como se encontram no guião actual e finalmente, a separação do Encaminhamento e da Alta, já que se constituem como dois processos-chave de intervenção diferenciados.

Como segunda recomendação, a adaptação da escala ESFIP, versão famílias para os parceiros informais da intervenção, já que nos parece mais adequada para esta população alvo do que a versão dos profissionais, uma vez que contempla a dimensão "Estrutura e administração do serviço".

Este trabalho não pretendia criar um modelo universal de avaliação de processo para Programas de Intervenção Precoce na Infância, mas sim para o contexto específico do PCIP. No entanto e, com as devidas adequações, não nos parece de todo descabido sugerir a sua aplicação num outro Programa de Intervenção Precoce na Infância que partilhe algumas características essenciais com o PCIP, nomeadamente o enquadramento organizacional, já que este modelo foi construído sobre bases teóricas e modelos práticos de avaliação da Intervenção Precoce na Infância, adaptados a um contexto específico de aplicação.

Bibliografia

- Almeida, I. C. (1997). A Perspectiva Ecológica em Intervenção Precoce. *Cadernos CEACF*, 13/14:29-40
- Almeida, I. C. (2000). Evolução das Teorias e Modelos de Intervenção Precoce – Caracterização de uma Prática de Qualidade. *Cadernos CEACF*, 15/16:29-46
- Almeida, I. C. (2004). Intervenção Precoce: Focada na criança ou centrada na família e na comunidade? *Análise Psicológica*, 1 (XXII):65-72
- Anderson, L. M., Shinn, C., Fullilove, M. T., Scrimshaw, S. C., Fielding, J. E., Normand, J., Carande-Kulis, V. G. e Task Force on Community Preventive Services. (2003). The Effectiveness of Early Childhood Development Programs – A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 24 (3S):32-46
- Bailey, D.B., Hebbeler, K., Scarborough, A., Spiker, D. e Mallik, S. (2004). First Experience With Early Intervention: A National Perspective. *Pediatrics*, Nº 4, Vol. 113:887-896
- Bairrão, J. e Almeida, I. C. (2003). Questões Actuais em Intervenção Precoce. *Psicologia*, Nº 1, Vol. 13:15-29
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70
- Bliss, M.J. e Emshoff, J.G. (2002). *Workbook for Designing a Process Evaluation*. Obtido em 11 de Novembro de 2010, de Georgia Department of Human Resources – Division of Public Health: <http://health.state.ga.us/pdfs/ppe/Workbook%20for%20Designing%20a%20Process%20Evaluation.pdf>
- Boavida, J., Carvalho, L. e Espe-Sherwindt, M. (2009). Early Childhood Intervention in Portugal: Interplay of family centered, community based and interdisciplinary factors. In Carpenter, B., Schloesser, J. e Egerton, J. (Eds.) *European Developments in Early Childhood Intervention*:44-68. Eurlayid Edition
- Breia, G., Almeida, I. C. e Colôa, J. (2004). *Conceitos e Práticas em Intervenção Precoce*. Lisboa: Ministério da Educação – Direcção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular
- Breia, G. (2009). *Early Childhood Intervention Project update, Country Report – Portugal 2009*. European Agency for Development in Special Needs Education

- Cabral, M. V. (2002). Saúde e sociedade: enquadramento teórico. In Cabral, M. V. (Coord.) *Saúde e Doença em Portugal*:27-65. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais
- Caeiro, J. C. (2009). A economia Social: fundamentos teóricos e tipologia. In Caeiro, J. C. (Coord.) *Economia e Política Social: contributos para a intervenção social no século XXI*:57-78. Lisboa: Universidade Lusíada Editora
- Caeiro, J. C. (2008). *Políticas Públicas, Política Social e Estado Providência*. Lisboa: Universidade Lusíada Editora
- Capucha, L., Almeida, J. F., Pedroso, P. e Silva, J. A. V. (1996). Metodologias de Avaliação: o estado da arte em Portugal. *Sociologia – Problemas e Práticas*, 22:9-27
- Capucha, L., Pegado, E. e Saleiro, S. P. (2001). *Metodologias de Avaliação de Intervenções Sociais – Manual do Formando, Coleção Módulos PROFISS*. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade
- Carpenter, B., Blackburn, C. e Egerton, J. (2009). European Development in Early Childhood Intervention (ECI) – Introduction. In Carpenter, B., Schloesser, J. e Egerton, J. (Eds.) *European Developments in Early Childhood Intervention*:1-8. Eurlayid Edition
- Carvalho, J. M. C. (2003). *Elementos de Gestão para o Terceiro Sector*. Lisboa: Universidade Aberta
- CERC Lisboa. (s.d.). *CERC Lisboa*. Obtido em 26 de Novembro de 2009, de CERC Lisboa: <http://www.cercilisboa.org.pt/>
- CERC Lisboa. (1997). *Projecto de Intervenção Precoce a desenvolver pela CERC Lisboa*. (Não editado)
- CERC Lisboa. (2010). *Histórico*. Obtido em 19 de Fevereiro de 2011, de CERC Lisboa: http://www.cercilisboa.org.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=74&Itemid=191
- Chinman, M., Imm, P. e Wandersman, A. (2004). *Getting to Outcomes 2004: Promoting Accountability Through Methods and Tools for Planning, Implementation, and Evaluation*. Obtido em 12 de Fevereiro de 2011, de The Early Childhood Outcomes Center: <http://www.fpg.unc.edu/~eco/assets/pdfs/TR101.pdf>
- Cohen, E. e Franco, R. (2006). *Evaluación de proyectos sociales*. México: Siglo XXI Editores

- Comissão das Comunidades Europeias. (1991). *Proposta de Decisão do Conselho que estabelece um Terceiro Programa Comunitário de Acção a favor dos Deficientes – HELIOS III (1992-1996)*. Bruxelas
- Comissão Europeia. (2003). *Evaluating Socio-Economic Development, sourcebook 2: Methods & Techniques – Formative Evaluation*. Obtido em 7 de Dezembro de 2009 de Evalsed.
- Comissão Europeia. (2008). *EVALSED: The resource for the evaluation of Socio-Economic Development*. Obtido em 8 de Dezembro de 2009, de Evalsed: Commission 'Guidance Documents: http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/guides/cost/guide2008_evalsed.pdf
- Conselho da Europa. (2010). *Recommendation CM/Rec(2010)2 of the Committee of Ministers to member states on deinstitutionalization and community living of children with disabilities*. Obtido em 8 de Março de 2010 de The Council of Europe: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=CM/Rec%282010%292&Language=lanEnglish&Ver=original&BackColorInternet=C3C3C3&BackColorIntranet=EDB021&BackColorLogge d=F5D383>
- Constituição da República Portuguesa – VII Revisão Constitucional. (2005). Lisboa, Portugal
- Correia, L. M. e Serrano, A. M. (1998). *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce*. Porto: Porto Editora
- Cruz, A. I., Fontes, F. e Carvalho, M. L. (2003). *Avaliação da satisfação das famílias apoiadas pelo PIIP: Resultados da aplicação da escala ESFIP*. Lisboa: SNRIPD
- De Moor, J. M. H.; Van Waesberghe, B. T. M.; Hosman, J. B. L.; Jaeken, D. e Miedema, S. (1993). Early Intervention for children with developmental disabilities: Manifesto of the Eurlayid Working Party. *International Journal of Rehabilitation Research*, 16:23-31
- Decreto-Lei Nº 281/2009 de 6 de Outubro. Diário da República Nº 193, I série: Cria o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
- Demarteau, M. (2002). A Theoretical Framework and Grid for Analysis of Programme-Evaluation Practices. *Evaluation*, Nº 4, Vol. 8:454-473
- Despacho Conjunto 891/99 de 19 de Outubro dos Ministérios da Educação, da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade. Diário da República Nº 244, II Série

- Dias, I. A. (2009). Empreendedorismo Social: um novo paradigma. In Caeiro, J. C. (Coord.) *Economia e Política Social: contributos para a intervenção social no século XXI*:213-244. Lisboa: Universidade Lusíada Editora
- Division for Early Childhood of the Council for Exceptional Children. (2007). *Promoting Positive Outcomes for Children with Disabilities: Recommendations for Curriculum, Assessment and Program Evaluation*. Obtido em 6 de Março de 2010, de The Division for Early Childhood: http://www.dec-sped.org/uploads/docs/about_dec/position_concept_papers/Prmtg_Pos_Outcomes_Co_mpanion_Paper.pdf
- European Agency for Development in Special Needs Education. (2003). *Necessidades Educativas Especiais na Europa*. Odense: EADSNE
- European Agency for Development in Special Needs Education. (2005). *Intervenção Precoce na Infância – Análise das Situações na Europa*. Middelfart: EADSNE
- Felgueiras, I. e Breia, G. (2003). *Early Childhood Intervention in Portugal*. Obtido em Outubro de 2004 de www.european-agency.org, disponível em: <http://www.european-agency.org/agency-projects/early-childhood-intervention/early-childhood-intervention-2003-2004>
- Fenacerci. (s.d.). *Fenacerci*. Obtido em 13 de Março de 2011, de Fenacerci: <http://www.fenacerci.pt/>
- Ferreira, S. (Maio de 2004). *O Papel de movimento social das organizações do terceiro sector em Portugal*. Comunicação no V Congresso Português de Sociologia, Braga. Obtido em 3 de Junho de 2010, de Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra/Centro de Estudos Sociais: <http://www4.fe.uc.pt/cec/comunicacaosfaps.pdf>
- Ferreira, S. (2009). Políticas sociais, parceiras e redes: instrumentos de promoção do desenvolvimento e sua relação com o serviço social. In Caeiro, J. C. (Coord.) *Economia e Política Social: contributos para a intervenção social no século XXI*:103-144. Lisboa: Universidade Lusíada Editora
- Fisher, K. et al (2006). *Evaluation Plan: Early Intervention Program*. Obtido em 8 de Março de 2010, de Australian Policy Online: http://www.community.nsw.gov.au/docswr/_assets/main/documents/ei_evaluationplan.pdf

- Fisher, R. L., Lalich, N. e Coulton, C. (2008). Taking it to scale: Evaluating the scope and reach of a community-wide initiative on early childhood. *Evaluating and Program Planning*, 31:199-208
- Franco, R. C. (2005). *Defining the Nonprofit Sector: Portugal*. Baltimore: The Johns Hopkins Center for Civil Society Studies
- Franco, R. C., Sokolowski, S. W., Hairel, E. M. H. e Salamon, L. M. (2005). *The portuguese nonprofit sector in comparative perspective*. Porto: Universidade Católica Portuguesa e Johns Hopkins University
- Franco, V. e Apolónio, A. M. (2008). *Avaliação do impacto da Intervenção Precoce no Alentejo*. Évora: Administração Regional de Saúde do Alentejo
- Gabinete da Secretária de Estado adjunta da Reabilitação, Secretariado Nacional para a Reabilitação. (Setembro de 2006). *1º Plano da Acção para a Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade*. Lisboa: Ministério da Trabalho e Solidariedade Social.
- Gray, R. e McCormick, C. (2005). Early Childhood Intervention Programs in the US: Recent Advances and Future Recommendations. *The Journal of Primary Prevention*, Nº3, Vol. 26:259-275
- Grupo Interdepartamental de Acompanhamento do PAIPDI. (2010). *Relatório Anual 2009*. Lisboa: Ministério da Trabalho e Solidariedade Social.
- Grupo de Atención Temprana. (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalia
- Guerra, I. C. (2002). *Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Acção – O Planeamento em Ciências Sociais*. Estoril: Princípi
- Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo – Sentidos e formas de uso*. Estoril: Princípi
- International Society on Early Intervention. (s.d.). *International Society on Early Intervention*. Obtido em 10 de Abril de 2010, de International Society on Early Intervention: <http://depts.washington.edu/isei/>
- Irwin, L.G., Siddiqi, A. e Hertzman, C. (2007). *Early Child Development: A Powerful Equalizer - Final Report for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health*. (versão electrónica) Obtido em 11 de Abril de 2010, de World Health Organization: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/a91213.pdf>

- Izquierdo, B. (2008). De la evaluación clásica a la evaluación pluralista. Criterios para clasificar los distintos tipos de evaluación. *Empiria: Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 16:115-134
- Kalafat, J., Illback, R.J. e Sanders Jr, D. (2007). The relationship between implementation fidelity and educational outcomes in a school-based family support program: Development of a model for evaluating multidimensional full-service programs. *Evaluation and Program Planning*, 30:136-148
- Kopp, C.B. e Krakow, J. B., (Edts). (1982) *The Child Development in a Social Context*. Reading: Addison-Weslwy Publishing Co
- Loureiro, A., Cristovão, A. e Nogueira, F. (2000). A (o)missão da componente avaliativa nos projectos de desenvolvimento local e de intervenção social. *Economia e Sociologia*, 69:113-147
- Lei Nº 51/96 de 7 de Setembro. Diário da República Nº 208, I Série – A: Código Cooperativo, actualizada pelo Decreto-Lei N.º 76-A/2006, de 29 de Março. Diário da República Nº 63, I Série – A
- Lei Nº 52/2005 de 31 de Agosto. Diário da República Nº 167, I Série – A: Aprova as Grandes Opções do Plano para 2005-2009
- Meisels, S. J. e Shonkoff, J. P. (2000). Early Childhood Intervention: A Continuing Evolution. In Meisels, S. J. e Shonkoff, J. P. (Edts.) *Handbook of Early Intervention – 2nd Edition*: 3-31. Cambridge: Cambridge University Press
- Mintzberg, H. e Lampel, J. (1999). Reflecting on the strategy process. *Sloan Management Review*, Primavera:21-30
- Monteiro, A. (1996). A Avaliação nos Projectos de Intervenção Social: Reflexão a partir de uma prática. *Sociologia – Problemas e Práticas*, 22:135-154
- National Scientific Council on the Developing Child. (2004). *Young Children Develop in an Environment of Relationships*. Obtido em 24 de Maio de 2010, de <http://www.developingchild.net>:
http://developingchild.harvard.edu/index.php/library/reports_and_working_papers/working_papers/wp1/
- National Scientific Council on the Developing Child. (2007). *The Science of Early Childhood Development*. Cambridge: Harvard University. Obtido em 24 de Maio de 2010, de: <http://www.developingchild.net>:

<http://www.cdph.ca.gov/healthinfo/healthyliving/childfamily/Documents/MO-ECCS-ScienceEarlyChildhoodDev.pdf>

- Neves, J. L. (1996). Pesquisa qualitativa - Características, usos e possibilidades. *Caderno de Pesquisas em Administração de São Paulo*, 1(3):1-5. Obtido em 5 de Junho de 2010 de: <http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/c03-art06.pdf>
- Organização das Nações Unidas. (2002). *Resolução S-27/2 A world fit for children*. Obtido em 7 de abril de 2010, de United Nations: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/S-27/2
- Ortí, A. (1994). La confrontación de modelos y de niveles epistemológicos en la génesis y historia de la investigación social. In Delgado, J. M. e Gutiérrez, J. (Coord.). *Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales*:87-95. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.
- Pereira, F. (coord.). (2009). *Desenvolvimento da Educação Inclusiva: da Retórica à Prática – Resultados do Plano de Acção 2005-2009*. Lisboa: Direcção geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, Direcção de Serviços da Educação Especial e do Apoio Sócio-Educativo
- Pimentel, J. V. Z. S. (2005). *Intervenção Focada na Família: desejo ou realidade*. Lisboa: SNRIPD
- Ponte, J. (Coord.) (2008). *Guide to Standards of Quality in Early Intervention*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos, Volume II – Orientações estratégicas*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde
- Pretis, M. (2009). *Standard Forms for Quality Measurements*. Obtido em 15 de Janeiro de 2010, de International Society for Early Intervention – Professional Training Resources Library: http://depts.washington.edu/isei/ptrl/upload/Standard_Forms_of_Evaluation.pdf
- Pretis, M. et al (2010). *Early Childhood Intervention Across Europe: Towards Standards, Shared Resources and National Challenges*. Obtido em 21 de Fevereiro de 2011, de Professional Resources in Early Childhood Intervention: Online Utilities and Standards: http://www.precious.at/download/ECI_Across_Europe_e-book_EN.pdf

- Quintão, C. (2004). *Terceiro Sector – Elementos para referência teórica e conceptual*. Comunicação no V Congresso Português de Sociologia, Braga. Obtido em 3 de Junho de 2010, de Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra/Centro de Estudos Sociais: <http://www.letras.up.pt/isociologia/uploads/files/Working5.pdf>
- Quivy, R. e van Campenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva Publicações Lda
- Ruivo, J. B. e Almeida, I. C. (2002). *Contributos para o Estudo de Práticas de Intervenção Precoce em Portugal*. Lisboa: Ministério da Educação
- Sameroff, A. J., Lewis, M. e Miller, S. M. (2000). *Handbook of Developmental Psychopathology*. Nova Iorque: Springer Science and Business Media, Inc.
- Santos, B. S. (1999). A Reinvenção Solidária e Participativa do Estado. *Oficina do CES*. Nº134
- Schiefer, U. (2006). *MAPA – Manual de Planeamento e Avaliação de Projectos*. Estoril: Príncipia
- Schweigert, F. J. (2007). The priority of justice: A framework approach to ethics in program evaluation. *Evaluation and Program Planning*. 30:394-399
- Serrano, G. P. (2008). *Elaboração de Projectos Sociais – Casos Práticos*. Porto: Porto Editora
- Schonkoff, J. P. e Phillips, D. A. (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Washington D. C. : National Academy Press
- Shonkoff, J. P. (2004). Evaluating Early Childhood Services: What's really Behind the Curtain. *The Evaluation Exchange*. Summer:3-4
- Silva, C., Pedro, M. e Courelas, A. (2004). Avaliação Participada: Perspectiva(s) Metodológica(s) em Projectos Sociais. *Economia e Sociologia*. 78:31-48 (versão policopiada)
- Tavistock Institute. (2003). *The Evaluation of Socio-Economic Development – The Guide*. (versão policopiada)
- Tegethof, M. I. S. C. A. (2007). Estudos sobre a Intervenção Precoce em Portugal: Ideias dos Especialistas, dos Profissionais e das Famílias. *Dissertação para Provas de Doutoramento*. Universidade do Porto – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

- UNESCO (1994). *Declaração de Salamanca e Enquadramento da Acção na Área das Necessidades Educativas Especiais*. Salamanca: UNESCO
- UNESCO. (2007). Policy Brief on Early Education. *Results from the OECD Thematic Review of Early Childhood Education and Care Policy 1998-2006*
- UNESCO. (2008). *Inclusive Education: the way of the future – Conclusions and Recommendations of the 48th Session of the International Conference on Education*. Obtido em 4 de Abril de 2010, de UNESCO: http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/Policy_Dialogue/48th_ICE/CONFINT_ED_48-5_Conclusions_english.pdf
- Veiga, C. V. (1998). *Cooperativas de Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas: uma visão global*. Lisboa: SNRIPD
- W. K. Kellog Foundation. (2004). *Evaluation Handbook*. Obtido em 22 de Janeiro de 2011, de W. K. Kellog Foundation: <http://www.wkkf.org/knowledge-center/resources/2010/W-K-Kellog-Foundation-Evaluation-Handbook.aspx>
- Wong, S. (2009). Tales from the frontline: The experience of Early Childhood practitioners working with an “embedded” research team. *Evaluating and Planning*. 32:99-108
- World Health Organization – Regional Office for Europe. (2005). *European strategy for child and adolescent health and development*. Copenhagen: World Health Organization – Regional Office for Europe