



INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE LISBOA

**Ensino da Intervenção Precoce no ensino superior e
representações dos seus docentes**

**Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação de Lisboa para
obtenção de grau de Mestre em Ciências da Educação
Especialidade Educação Especial**

Irene da Conceição M. P. Ferreira Águas

2012



INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE LISBOA

**Ensino da Intervenção Precoce no ensino superior e
representações dos seus docentes**

**Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação de Lisboa para
obtenção de grau de Mestre em Ciências da Educação
Especialidade Educação Especial**

Irene da Conceição M. P. Ferreira Águas
Sob a orientação de: Professora Doutora Marina Gonçalves Fuertes
Dionísio

2012

Agradecimentos

Assim chegou ao fim mais uma etapa que com empenho e dedicação terminou, e como tal dedico este trabalho a algumas pessoas que direta ou indiretamente fizeram parte dele.

Em primeiro lugar quero expressar a minha gratidão à Professora Doutora Marina Gonçalves Fuertes Dionísio, minha orientadora, pela oportunidade concedida para a realização desta dissertação, pela sua disponibilidade e interesse manifestado desde o primeiro momento, pelas sugestões e orientações no decurso da investigação.

A todos os professores entrevistados que muito contribuíram para a realização do presente trabalho, pela disponibilidade, opiniões expressas e informação disponibilizada.

Um profundo agradecimento aos meus pais, que fizeram tudo o que estava ao alcance deles para poderem proporcionar todas as condições para eu chegar onde cheguei.

Aos meus filhos pela compreensão que demonstraram pelo meu “alheamento”, mas que foram uma fonte de inspiração, para os momentos mais difíceis.

Por fim um agradecimento muito especial ao meu marido pelo apoio, ajuda, compreensão e dedicação.

Resumo

As práticas de Intervenção Precoce (IP) resultam de um robusto corpo de conhecimento que indica a necessidade de agir cedo, agir na família, agir nos contextos de vida, e agir com equipas multidisciplinares na melhoria da qualidade de vida das crianças em risco. Em Portugal, a IP tem múltiplas origens - na prática da educação especial à intervenção comunitária - e académicas, resultando em vários modelos de atuação.

Na tentativa de conhecer estes modelos, fomos à sua fonte, a formação superior. Para efeito, entrevistámos sete docentes do ensino superior responsáveis por unidades curriculares ou cursos de pós-graduação em IP no distrito de Lisboa. A informação coligida para análise e tratamento foi obtida através da realização de entrevistas semi-diretivas aos docentes e respetivos programas curriculares adotados.

Naturalmente, os entrevistados manifestaram algumas diferenças de perspetiva mas, na globalidade, consideraram que a atuação da Intervenção Precoce deve ser fundamentalmente preventiva e centrada na criança, família e comunidade. O objetivo da Intervenção Precoce, para estes docentes, é promover o desenvolvimento e bem-estar das crianças em risco. Para o efeito, as equipas multidisciplinares devem formar parcerias com a família.

A generalidade das unidades curriculares oferecem formação teórico-prática e os modelos mais citados são os modelos sistémicos, bioecológicos, transacionais, e de vinculação (incluindo o modelo Touchpoints).

Em suma, especulamos que a formação, nos seus diferentes estágios, tem um papel preponderante na melhoria contínua de boas práticas, valorizando a atitude crítica, bem como, a necessidade de existir uma maior interação e complementaridade entre a investigação e a prática (*práticas suportadas na evidência*).

Palavras-chave: Intervenção Precoce; Conceitos; Metodologias; Formação superior.

Abstract

Early Intervention Practices (IP) resulting from a robust body of knowledge that indicates the need to act early, act in the family, acting in the contexts of life, and act with multidisciplinary teams to improve the quality of life of children at risk. In Portugal, the IP has multiple origins of special education to the academic community intervention resulting in several role models.

In an attempt to understand these models, we went to the source, the higher education. To that end, we interviewed seven higher education teachers responsible for courses or graduate course on IP in the district of Lisbon. The information collected for analysis and treatment was obtained by performing semi-directive interviews with teachers and respective curricula adopted.

Naturally, the respondents expressed some differences of perspective but, overall, felt that the performance of IP should be primarily preventive and child-centered, family and community. The purpose of the IP for these teachers is to promote the development and welfare of children at risk. To this end, multidisciplinary teams should form partnerships with the family.

The majority of courses offer theoretical and practical training and the models most often cited models are systemic, bio ecological, transactional, and link (including the Touchpoints model).

In short, we speculate that the formation in its different stages, have a role in the continuous improvement of best practices, highlighting the critical attitude, as well as the need for a greater interaction and complementarity between research and practice (supported practices in evidence).

Keywords: Early Intervention; Concepts, Methodologies; Degree.

Índice Geral

Agradecimento	VII
Resumo	IX
Abstract	XI
Índice Geral	XIII
Lista de Quadros	XV
Abreviaturas	XIX
Bibliografia	i – vi
Internet	vii
Anexos	viii - li
Introdução	1
Primeira Parte – Enquadramento Teórico.....	4
Capítulo I – Intervenção Precoce.....	4
1. A Intervenção Precoce em Portugal.....	4
2. Critérios de elegibilidade em Intervenção Precoce e grupo etário alvo	12
Capítulo II – Equipas de IP	21
1. Modelos e práticas de trabalho.....	21
2. Papel da família e comunidade na Intervenção Precoce	31
Segunda Parte – Estudo Empírico.....	34
Capítulo III – Metodologia	34
1. Definição do problema	34
2. Objetivo do estudo	36
3. Caracterização da amostra	38
4. Metodologia	40
5. Apresentação dos resultados	43
5.1. Entrevistas	43
5.2. Programas das unidades curriculares.....	52
5.3. Síntese comparativa	58
Capítulo IV – Discussão dos resultados	59
Considerações finais	61

Lista de Quadros

Quadro 1 - O que entende por intervenção precoce? _____	43
Quadro 2 – A quem se destina? _____	44
Quadro 3 – Para que idades? _____	45
Quadro 4 – Intervenção ou prevenção? _____	45
Quadro 5 – Intervenção / Reabilitação? _____	46
Quadro 6 – Que áreas científicas e profissionais devem estar representadas numa equipa de IP? _____	47
Quadro 7 – Qual o modelo de trabalho em equipa que acha mais adequado? _____	47
Quadro 8 – No seu entender qual é a diferença entre educação especial e intervenção precoce? _____	48
Quadro 9 – Que trabalho pode ser desenvolvido no contexto de vida da criança? _____	49
Quadro 10 – Como se pode apoiar as transições na vida da criança? _____	50
Quadro 11 – Acha que a intervenção deve ser centrada na criança, família ou comunidade? _____	51
Quadro 12 – Análise dos programas das UC's _____	54

Anexos

Guião da entrevista	viii
Exemplo de uma entrevista	x
Programas das unidades curriculares.....	xvi
Grelha de Análise da Bibliografia dos programas das unidades curriculares	I

Abreviaturas

SIGLA	DESCRIÇÃO
ANIP	Associação Nacional de Intervenção Precoce
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
DC	Despacho Conjunto
DL	Decreto-lei
DSOIP	Direção dos Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica
EE	Educação Especial
ELI	Equipas locais de intervenção
ESELx – IPL	Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Lisboa
ISPA	Instituto Superior de Psicologia Aplicada
IP	Intervenção Precoce
NEE	Necessidades Educativas Especiais
PEI	Programa Educativo Individual
PIAF	Plano Individualizado de Apoio à Família
PIIP	Plano Individual de Intervenção Precoce
PL	Public Law
SNIPi	Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
SOD	Serviços de Orientação Domiciliária

Introdução

Atualmente, as vantagens dos programas de Intervenção Precoce, entendidas como medida preventiva ao nível da criança e da família, assim como no desenvolvimento das crianças com necessidades educativas especiais, parecem ser sentidas por todos os implicados no processo, importando perceber qual a prática ou práticas mais adequadas e eficazes, para obter melhores resultados.

A Intervenção Precoce, em países como os Estados Unidos da América e outros como Reino Unido e a Suécia tem já um percurso significativo, iniciado nos anos 60. É marcado por pesquisas e investigações em vários domínios, apontando todos para a mudança das práticas e políticas educativas, em matéria de Intervenção Precoce.

Em contrapartida, a história da intervenção precoce em Portugal parece estar a dar os primeiros passos. Surge verdadeiramente nos anos 80, com projetos relevantes em Lisboa, Porto e Coimbra e alargados paulatinamente ao resto do país. Os contatos com outros países, as trocas de cientistas, estágios e parcerias entre universidades permitiram o crescimento e a valorização dos modelos de IP e o crescimento de projetos integrados, com supervisão sistemática de trabalho em equipa e um crescente interesse na formação especializada dos profissionais de intervenção precoce, quer na formação inicial, em serviço ou pós-graduações.

Contudo, alicerçados em Bairrão (2006) e na pesquisa bibliográfica sobre a história de IP em Portugal, constata-se que o modelo de IP implementado nos anos 90 é considerado nas esferas internacionais como sendo de alta qualidade, e o despacho conjunto nº 891/99 ditar orientações reguladoras. Não obstante, as pesquisas realizadas em Portugal indicam que ainda vigoram modelos tradicionais, onde o foco de intervenção continua a ser a criança, com os profissionais a assumirem práticas monodisciplinares, desvalorizando os contextos naturais e os contributos da família.

Uma das leituras exploratórias que serviu de base a este trabalho, o artigo “Mayday, Mayday”, de Joaquim Bairrão, 2006, evidencia que “o que vem acontecendo entre nós à educação especial e à IP em particular, justifica-se pois um sinal de alerta para os perigos que esta corre”. Para Bairrão, este sinal de alerta era necessário porque “cada um fazia a IP que lhe apetecia” e não era cumprida a avaliação pluridisciplinar, a participação da família, a multidisciplinaridade de avaliação dos programas e a coordenação interserviços não existia ou não se apresentava uniforme. O emérito professor vai mais longe, dizendo que em 1997, o Ministério da Educação promoveu um estudo a nível nacional que revelou a irracionalidade organizativa, a falta de formação de nível superior dos educadores e a falta de articulação entre técnicos e agências envolvidas. A este aspeto, Bairrão acrescenta o facto das ordens regulamentares, sobretudo na zona norte, forçarem a mobilidade dos técnicos e levantava também diversas críticas ao Conselho Pedagógico da Formação Contínua e ao tipo de formação técnica exigida aos técnicos de IP.

Perante estas reflexões, pareceu-nos pertinente analisar a redefinição de papéis e funções de toda a comunidade educativa, especialmente da família e dos profissionais de Intervenção Precoce, no que se refere aos serviços a incluir nos PIIP e conseqüentemente os modelos de IP atualmente presentes na formação dos técnicos. O papel determinante que a família assume neste processo parece estar já a ser considerado no enquadramento legal das práticas de intervenção precoce em Portugal, devendo por isso, tomar-se medidas na maneira como se organizam e posicionam os serviços, como forma de tornar exequível, uma prática centrada na família.

Este pressuposto implica necessariamente que os serviços incluídos nos PIIP contemplem fortemente a vertente familiar, em termos de recursos e/ou necessidades, no sentido de se desenvolverem e prestarem os serviços mais adequados a cada família.

Mas como será que os técnicos de IP, com formação de base tão dispare e tão pluridisciplinar, incluirão a reflexão e investigação de diferentes saberes nesta área, numa prática simultaneamente pluridisciplinar e coesa, evitando a mera

aplicação de conceitos "importados" de países mais avançados nesta matéria, que podem até resultar na desadaptação à realidade portuguesa?

A pesquisa bibliográfica e a problematização teórica incitam a necessidade de analisar a situação atual da IP em Portugal, relativamente aos modelos de intervenção e à formação inicial e contínua dos técnicos. Pareceu-nos importante investigar a formação de base dos técnicos de IP, nomeadamente as diferentes unidades curriculares, as diferentes formas de abordagem, os programas e bibliografia dos vários cursos de educação especial, psicologia, serviço social e medicina, para perceber de que modo a formação superior vai contribuir para o aperfeiçoamento e melhoria das práticas.

Dentro desta perspetiva, a realização deste trabalho traduz uma reflexão pessoal e profissional, no sentido de aprofundar/explorar as perceções dos docentes dos cursos que formam técnicos de IP que irão intervir no terreno com os seus diferentes saberes e contributos.

O presente trabalho é composto por três partes. A primeira parte corresponde ao enquadramento teórico versando sobre o quadro conceptual de teorias e modelos subjacentes às práticas de intervenção precoce. Neste âmbito, salientamos três abordagens: sistémica, transacional e a perspetiva ecológica. Destacamos a importância de uma intervenção contextualizada, desenvolvendo relações transacionais entre e inter membros dos diferentes sistemas sociais, em que os fatores ambientais assumem um papel facilitador no desenvolvimento da criança com necessidades educativas especiais.

A segunda parte, o estudo empírico sobre, a principal conceção de intervenção precoce (conceitos, modelos de desenvolvimento infantil e abordagens de intervenção) dos docentes do ensino superior que lecionam unidades curriculares no âmbito da IP.

A terceira parte destina-se à discussão dos resultados e considerações finais.

Primeira Parte – Enquadramento Teórico

Capítulo I – Intervenção Precoce

1. A Intervenção Precoce em Portugal

Em Portugal a história da Intervenção Precoce, anda de mãos dadas com a história da educação, marcadamente influenciada pelo modelo clínico.

Os primeiros passos da IP em Portugal surgem nos anos 60, através dos SOD (Serviço de Orientação Domiciliária) dependentes do Ministério da Saúde e Assistência. Era um serviço de apoio direto prestado por enfermeiros e destinado a crianças com incapacidade visual e suas famílias, dentro de um modelo de saúde pública. O atendimento a crianças com deficiência iniciou-se na segunda metade do séc. XIX, em estabelecimentos da *Misericórdia* e *Casa Pia*, com fins fundamentalmente assistencialistas (Bairrão, 1998).

O *Instituto Aurélio Costa Ferreira*, em 1916, dependente do Ministério da Instrução, tinha a função de selecionar e distribuir por instituições aprovadas, as "crianças física e mentalmente anormais" e também a formação de pessoal docente e auxiliar, dessas instituições. Em 1946, este Instituto passou a chamar-se "*Dispensário da Higiene Mental Infantil*", continuando com as mesmas funções, para além da formação especializada a docentes e técnicos (Bairrão, 1998).

Entre 1952-1964 o Ministério da Educação desresponsabiliza-se completamente da educação das crianças com necessidades educativas especiais ou portadoras de deficiência, dispensando-as da frequência da escola e deixando-as aos cuidados das famílias. São as famílias, para colmatar o ostracismo a que foram votadas e as dificuldades que enfrentavam face à escassez de apoios, que se organizam em Associações com o estatuto de Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), conseguindo aos poucos apoios estatais, e obtendo em 1975, destacamentos de professores do Ministério da Educação (Bairrão, 1998).

As principais experiências nesta área datam da década de 1970, altura em que o Centro de Paralisia Cerebral em Lisboa criou um programa de IP para crianças com paralisia cerebral. Em 1975/76, surge a implementação das *Equipas do Ensino Especial*, sob a tutela do Ministério da Educação, com a função de promover respostas educativas com modelos diversificados de apoio pedagógico como salas de apoio permanente, salas de apoio temporário e apoio domiciliário. Estas equipas formadas por docentes dos vários níveis de ensino, trouxeram à IP o enfoque educativo que faltava na intervenção, promovida pelos serviços de orientação e intervenção psicológica. Em 1987, os apoios individualizados são integrados na DSOIP - Direção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica do Ministério dos Assuntos Sociais. A intervenção era ancorada na relação criança/técnico, sendo este o responsável pelas decisões tomadas. A família era praticamente excluída do processo e delegada a um papel de agente de cooperação com o programa definido pelo técnico (Fernandes, 2008). Mesmo as equipas de educação especial destinavam às famílias um papel secundário. Para além disso, continuava a verificar-se um espartilhar de intervenção, por um lado a ação educativa e por outro a intervenção psicológica.

O PIIP – Projeto Integrado de Intervenção Precoce – surge em Coimbra (1989) como uma tentativa de articulação de várias entidades com responsabilidade na intervenção precoce, com o objetivo de promover uma resposta integrada às crianças com necessidades educativas especiais. O objetivo principal era desenvolver uma estrutura, que garantisse a deteção precoce de situações de risco e promover uma intervenção rápida e adequada. Em 1990 é publicada a Lei 35/90 que estabelece pela primeira vez, que as crianças com deficiência têm o mesmo direito que as outras à educação. A partir do PIIP surgem outros projetos de IP desenvolvidos quer através dos serviços públicos quer através dos serviços privados.

Em 1991, o Dec. Lei 319/91, influenciado pelo Warnok Report, inclui algumas ideias das leis Inglesas e Americanas e preconiza algumas medidas *adequadas às necessidades educativas especiais de cada criança, valorizando*

o papel dos pais, no que toca especialmente à tomada de decisão sobre os filhos.

A IP só surge legislada com o despacho conjunto de 1999 e regulamentada em 2009 com o decreto-lei 281/2009. Este decreto substitui a designação de "*Equipas de Educação Especial*" e enquadra os *apoios educativos*. O ponto 14º é particularmente importante ao referir a necessidade das Equipas de Coordenação dos Apoios Educativos (*ECAE*), articularem os diferentes serviços: de Educação, Saúde, Segurança Social, Autarquias, Comunidade Local, Cooperativas de Ensino Especial entre outros, com o objetivo de prestarem um apoio adequado quer à criança, quer à família. A Segurança Social através do programa de apoio financeiro (Programa Ser Criança), concebido para encorajar as instituições privadas a criarem programas destinados a crianças de menor idade, também desempenhou um papel importante no apoio a projetos de IP. Foi um programa abrangente que tentou promover a integração familiar e socioeducativa das crianças e jovens em risco de exclusão social.

O Ministério da Educação, reconhecendo formalmente a necessidade de programas de IP, promulgou, em 1997, a Portaria nº52/97, de 21 de Janeiro, a Portaria 1102/97, em 1991, o Decreto-Lei 319/91 e a Portaria 611, para atendimento às crianças com NEE. Esta lei possibilitava que as escolas de educação especial sob a tutela do Ministério da Educação, em conjunto com as equipas de educação especial que trabalhavam no sistema de ensino público, desenvolvessem programas de IP para as crianças em condições elegíveis.

Todos os programas anteriormente mencionados, estruturados com base na noção de serem centrados na criança, estavam isolados do ponto de vista organizacional e funcionavam de modo individual. Esta falta de articulação com outros serviços que também servem as necessidades das crianças e das suas famílias, por exemplo, serviços sociais, serviços de saúde, serviços educativos e justiça, entre outros, resultou na prestação fragmentada dos serviços (Relatório da ANIP).

Foi a partir da década de 80, que se promove e valoriza a intervenção precoce, através do apoio prestado pela Direção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica, que se veio a tornar a entidade mediadora para o Programa de IP *Portage* em Portugal, traduzindo e usando os seus materiais no seu trabalho com crianças com NEE e suas famílias, num programa prestado ao domicílio (Pimentel e Almeida, 1999, citados no Relatório da ANIP).

O modelo *Portage*, já referido no capítulo anterior é tido como referência de uma valorização e mudança notável a este nível. Este modelo, iniciado em 1969 nos EUA, difundiu-se rapidamente a outros países como o Canadá, Inglaterra, Bélgica, bem como á Ásia e América do Sul.

No que se refere a Portugal, a sua implementação e difusão ocorre em 1985, através de técnicos especializados nessa área, com estágios específicos nos países de origem. Este modelo visa um trabalho integrado de pais e técnicos, elegendo os pais como principais agentes da intervenção educativa, desenvolvida em contextos naturais, em que a avaliação é sistemática, privilegiando o apoio domiciliário. Bairrão e Alves (1999 citado por Mota, 2000) referem que a partir do início dos anos 90, a perspetiva comportamental, principal dimensão teórica do Programa *Portage* original, mais centrado na criança, deu lugar a uma perspetiva ecológica, mais centrada na família, dentro de um modelo ecológico-sistémico.

É notório o crescente número de iniciativas, ao nível da intervenção precoce que se desenvolveram, quer promovidas pelo Ministério da Saúde, quer pela Segurança Social e Educação e até a nível privado. Não existia, no entanto, a articulação e coordenação entre os vários projetos e serviços, o que representa um fator impeditivo de uma evolução na Intervenção Precoce, em Portugal.

O Despacho conjunto 54/SEGD/SES/SESS/94 de 16 de Agosto nomeava um grupo de trabalho constituído por representantes do Ministério da Educação, Saúde e Segurança Social que elaborou em 1995, um relatório no qual fazia o

ponto da situação de Intervenção Precoce em Portugal. Esta equipa acabou, sem que se tivesse feito qualquer tipo de avaliação do seu trabalho (Abreu e outros, 1995, citado por Ferreira, 1999).

O Despacho Conjunto 891/99 de 19/10/99 foi considerado um importante marco para a IP, estando implicados o Ministério da Educação, Saúde, Trabalho e Solidariedade Social.

Este despacho estabelece as *"orientações reguladoras da intervenção precoce para as crianças com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento e suas famílias"*, visando as crianças dos 0-6 anos, mas especialmente as dos 0-3 anos. A leitura atenta destas normas, leva-nos a concluir que há uma integração neste despacho, dos conceitos principais subjacentes aos modelos vigentes na investigação em IP. O que de mais relevante sobressai da leitura do Despacho é a referência clara e explícita para a necessidade de se evoluir de uma intervenção centrada quase exclusivamente na criança, para uma intervenção em que o enfoque seja colocado na criança em contexto de família, e esta *"seja considerada como uma unidade funcional da comunidade"*.

"O conjunto de medidas de apoio integrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, saúde e ação social". Nestes termos, a lei aponta para uma perspetiva de carácter preventivo, como apontam os objetivos do art.º 5, sucintamente definidos como a criação de condições facilitadoras do desenvolvimento global da criança, interação família/criança, e o envolvimento da comunidade no processo.

Os princípios do referido despacho realçam o envolvimento ativo e fulcral das famílias no processo de IP (art.º 6), a natureza multidisciplinar do trabalho que se desenvolve e a necessidade de parcerias e colaboração entre diversos serviços e áreas disciplinares. Para além destes princípios, o despacho releva ainda para o primeiro plano, a elaboração de Planos de Intervenção e Apoio à Família, cujo fim pretende ser um instrumento de relacionamento entre

profissionais e famílias e um compromisso do trabalho a ser desenvolvido com as crianças e suas famílias.

Apesar do reconhecimento internacional, o Despacho Conjunto 891/99, terminou o seu período experimental em Outubro de 2002 e foi constituído um grupo interdepartamental designado através dum Despacho Interministerial para o efeito (DC 30/2006). As conclusões desse grupo nunca chegaram a ser tornadas públicas como previsto. A avaliação dos programas de IP, no domínio de alguns estudos académicos, revelou lacunas, nomeadamente a falta de comunicação ente os técnicos e a família, sendo que muitos dos processos de intervenção se centravam na criança numa perspectiva diagnóstica e não funcional (Pimentel, 2004). Por outro lado, para Bairrão as investigações revelaram a necessidade de reorganizar e articular os serviços, dotando os técnicos de formação profissional especializada em IP, assim como a pertinência de estabelecer *critérios de elegibilidade* para a IP (Bairrão, 2005).

Com base nestes diagnóstico e nos resultados da investigação empírica, surge recentemente, nova legislação de IP, o Decreto-lei nº 281/2009, medida significativa e importante no sentido em que cria o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) que:

" (...) consiste num conjunto organizado de entidades institucionais e de natureza familiar; com vista a garantir condições de desenvolvimento das crianças com funções ou estruturas no corpo que limitam o crescimento pessoal, social, e a sua participação nas atividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso no desenvolvimento".

O SNIPI é desenvolvido através da atuação coordenada dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação, com envolvimento das famílias e da comunidade.

Tendo em conta o mesmo Decreto-Lei, compete às Equipas Locais de Intervenção (ELI):

- Identificar as crianças e famílias imediatamente elegíveis para o SNIPI;

- Assegurar a vigilância às crianças e famílias que, embora não imediatamente elegíveis, requerem avaliação periódica, devido à natureza dos seus fatores de risco e probabilidades de evolução;
- Encaminhar crianças e famílias não elegíveis, mas carenciadas de apoio social;
- Elaborar e executar o PIIP (Plano Individual de Intervenção Precoce) em função do diagnóstico da situação;
- Identificar necessidades e recursos das comunidades da sua área de intervenção, dinamizando redes formais e informais de apoio social;
- Articular, sempre que se justifique, com as comissões de proteção de crianças e jovens e com os núcleos da ação de saúde de crianças e jovens em risco ou outras entidades com atividade na área da proteção infantil;
- Assegurar, para cada criança, processos de transição adequados para outros programas, serviços ou contextos educativos;
- Articular com os docentes das creches e jardins-de-infância em que se encontrem colocadas as crianças integradas em IP.

Uma intervenção deve perspetivar a família, como um todo e a criança como parte integrante desse todo, privilegiando-se um currículo desenvolvimental e funcional, que faça sentido à família, o qual deverá ser aplicado nos seus contextos naturais de aprendizagem. Segundo Briker (2001), Dunst e Bruder (2002) esses contextos são a casa, a comunidade, a creche ou jardim-de-infância e quaisquer outros locais em que crianças da mesma idade sem deficiências participam (Pimentel, 2004, p. 44), articulando um conjunto de serviços de apoio à família e criança (educação, saúde, serviço social e as outras redes de suporte comunitário), e promovendo o fortalecimento das redes de apoio sociais (formais e informais) específicas de cada família.

Em síntese, a revisão da literatura dedicada à IP em Portugal merece-nos a seguinte reflexão: há ainda no nosso país alguma distância entre o que a lei preconiza, e as práticas atuais de intervenção precoce, embora algumas equipas sejam internacionalmente reconhecidas pela sua qualidade.

Outro importante avanço para a prática da IP é a designação de critérios de elegibilidade e a definição do público alvo, aspetos que iremos analisar seguidamente.

2. Critérios de elegibilidade em Intervenção Precoce e grupo etário alvo

A necessidade de estabelecer critérios de elegibilidade foi uma das recomendações críticas ao DC. nº 891/99 (Bairrão, 2007), pois este despacho não apresentava quaisquer normativos sobre esta matéria, por esta razão cada equipa definia os seus próprios critérios.

A elegibilidade é uma questão-chave na prestação de serviços de intervenção precoce, já que, a definição da potencial população de crianças a ser atendida tem implicações imediatas a nível das práticas, dos métodos, dos recursos disponíveis e necessários.

De um modo geral, como referem Shonkoff e Phillips (2000), encontramos uma característica comum a todas as crianças elegíveis para a intervenção precoce: constata-se uma situação preocupante, no que diz respeito ao seu desenvolvimento / comportamento, independentemente da causa, e acredita-se, que o facto de beneficiarem de serviços de intervenção precoce, pode aumentar a probabilidade de cada criança atingir o seu máximo potencial.

A elegibilidade está diretamente ligada à questão da prevenção - prevenção primária, secundária ou terciária – e aos recursos e capacidades económicas disponíveis.

A prevenção primária pretende reduzir a incidência de novos casos, através da promoção do desenvolvimento da criança, da diminuição de fatores de risco e da capacitação da família; *a prevenção secundária pretende*, preferencialmente, eliminar o impacto da incapacidade ou do atraso no futuro desenvolvimento da criança, através do estímulo de novas capacidades, ou da manutenção das já existentes e do apoio à família para lidar com as condições inerentes à problemática da criança; *a prevenção terciária*, tem por objetivo reduzir as sequelas ou complicações decorrentes da situação de incapacidade da criança, através de uma intervenção corretiva, aumentativa ou compensatória e de um apoio à dinâmica familiar (Simeonsson, 1994).

Se a intervenção se situasse apenas ao nível de uma prevenção secundária ou terciária reduzia-se bastante a população elegível, embora os serviços a prestar a essa população sejam, mais complexos. A decisão de incluir as situações de risco entre os critérios de elegibilidade para a intervenção precoce está intimamente ligada a razões económicas. No entanto, vários especialistas chamam a atenção para o facto de serem as crianças em risco as que mais beneficiam com a intervenção precoce. Os programas preventivos poderiam evitar significativamente intervenções posteriores, mais complexas e dispendiosas (Simeonson, 1994).

Brow e Brow (1993, citado por Fernandes, 2008) identificaram três categorias de elegibilidade, aspeto reforçado pelos estudos de Benn (1993), que propõe um quadro de referência abrangente para concetualizar a elegibilidade para os serviços de intervenção precoce, de acordo com o estipulado pela Parte H (atualmente Parte C) da *Individuals with Disabilities Education Act* (IDEA).

Basicamente, as três categorias de elegibilidade podem resumir-se a:

- *Crianças em risco estabelecido*, incluindo-se nesta categoria as crianças com problemas físicos e mentais graves capazes de condicionar o seu desenvolvimento.
- *Crianças com atraso de desenvolvimento*, integrando crianças com antecedentes pessoais e familiares, originários nos períodos pré, peri e pós natais que podem causar problemas de desenvolvimento, como é o caso de baixo peso à nascença, o nascimento prematuro, entre outros.
- *Crianças em risco ambiental*, grupo onde se incluem as crianças cujo contexto no qual desenvolvem as suas experiências precoces, limita e condiciona a sua estimulação física, social e de adaptação, podendo implicar atrasos no seu desenvolvimento.

Acreditamos que faça sentido explicar um pouco mais a definição de *população em risco*, uma vez que é um conceito de larga amplitude. Podemos considerar grupos de risco (ex.: pais toxicodependentes), tendo em conta um único fator de risco biológico ou ambiental (ex.: anoxia perinatal) ou considerar

uma combinação de fatores de risco. Benn (1991. Cit. Benn. 1993) examinou um estudo que incidiu numa análise de 27 fatores de risco e encontrou evidências que apontam para o facto de, cada fator ter efeitos negativos a curto prazo, e um conjunto de fatores potencia esses efeitos a longo prazo. Baseando-se neste e noutros estudos, a autora considera, que à medida que os fatores de risco se multiplicam, o seu efeito combinado é maior do que o efeito de cada um considerado separadamente, é o designado *efeito cumulativo do risco*.

A adoção deste critério permitiria responder às crianças e famílias mais vulneráveis, sem o perigo de surgir um número excessivamente elevado de casos elegíveis. Por outro lado, se o meio familiar pode impedir ou promover o desenvolvimento harmonioso da criança (Sameroff e Fiese.1990), Benn (1993) chama ainda a atenção para se considerarem, quando existam, os efeitos compensatórios das características positivas da criança, assim como das do seu meio ambiente. Nesta interação entre fatores biológicos e ambientais importa considerar os fatores positivos e negativos, ou seja a relação entre fatores de risco e fatores de proteção, sublinhando a necessidade de não se considerarem os fatores isoladamente. A afirmação de Thurman (1993), segundo a qual se devem definir critérios de elegibilidade, não só para as crianças, mas igualmente para as suas famílias, vai também neste sentido. Por sua vez, o modelo de *promoção* (Dunst, Trivette & Deal, 1988), por oposição a um modelo de prevenção e de tratamento, vai basear-se nas forças ou fatores de proteção da criança e da família com o objetivo de promover o desenvolvimento das suas capacidades individuais e do seu funcionamento. Os fatores de proteção podem ser individuais, tais como as boas condições de saúde ou a boa aparência física, ou ambientais, como por exemplo uma rede de apoio social de qualidade ou um bom ambiente afetivo. Poder-se-á considerar que uma maior vulnerabilidade do desenvolvimento está associada ao efeito cumulativo de múltiplos fatores de risco e uma maior resiliência aparece relacionada com o efeito cumulativo de múltiplos fatores de proteção (Shonkoff & Phillips, 2000).

Neste âmbito, o caso das populações em desvantagem socioeconómica, merecem uma atenção particular. Dados de diversos estudos, entre os quais o recente *National Early Intervention Longitudinal Study – NEILS* (Scarborough et al., 2006; Scarborough et al., 2004; Bailey et al., 2004; Hebbeler et al., 2007), apontam para os efeitos negativos da pobreza nas crianças. Estes efeitos negativos, como referem Richmond, e Ayoub (1993) e Berlin, Brooks-Gunn, McCarton e McCormick (2004), fazem-se sentir desde o nascimento até à idade adulta, surgindo a pobreza, muito frequentemente, associada a outros fatores de risco, pelo que deverá ser seriamente ponderada em termos de elegibilidade.

Importa ainda salientar, que sendo o conceito de risco um conceito dinâmico, o grau de risco a que uma criança e sua família estão expostas é variável ao longo do tempo, devido à interação entre os fatores biológicos e ambientais. Esta constatação leva Simeonsson (1991) a considerar que a elegibilidade deve ser entendida como um processo contínuo e não como uma realidade estática. Isto implica a necessidade de uma vigilância contínua das situações de risco ou, conforme referem Meisels e Wasik (1990, p. 625), que “*o processo de identificação precoce deveria ocorrer numa base recorrente ou periódica.*”

Considerando que a classificação das crianças de idade precoce na categoria de deficiências ou incapacidade utilizadas para crianças mais velhas é inadequada, a *Division for Early Childhood – DEC* (2001, 2005) considera o atraso de desenvolvimento como a designação mais apropriada do que o termo incapacidade, no que se refere à elegibilidade para educação especial nas crianças dos 0 aos 8 anos. Esta posição vai ao encontro da de vários outros especialistas. Simeonsson (2000), por exemplo, defende que, uma vez que o objetivo primeiro da intervenção precoce é reduzir ou melhorar as insuficiências a nível do desenvolvimento, a elegibilidade para a intervenção deve ser definida, em primeiro lugar, com base no atraso de desenvolvimento ou no risco desse atraso.

As questões da elegibilidade são muito importantes, pois trata-se de definir a população atendida e, conseqüentemente, o tipo de serviços prestados e os seus resultados.

De acordo com o Decreto-lei 281/09, de 6 de Outubro, são elegíveis, para apoio no âmbito do SNIPI, as crianças entre os 0 e os 6 anos e respetivas famílias que apresentem condições incluídas nos seguintes grupos:

1º - «*Alterações nas funções ou estruturas do corpo*» que limitam o normal desenvolvimento e a participação nas atividades típicas, tendo em conta os referenciais de desenvolvimento próprios, para a respetiva idade e contexto social.

2º - «*Risco grave de atraso de desenvolvimento*» pela existência de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança.

São elegíveis, para acesso ao SNIPI, todas as crianças do 1º grupo e as crianças do 2º que acumulem quatro ou mais fatores de risco biológico e/ou ambiental. Tal como foi já referido o acúmulo de fatores negativos, contribui para o aumento substancial do efeito do risco (efeito cumulativo do risco).

Para efeitos de definição dos critérios de elegibilidade do grupo 1 considera-se estrutura do corpo como sendo as partes anatómicas tais como, órgãos, membros e seus componentes, e as funções do corpo como as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas ou da mente). Para efeitos de definição de condições de elegibilidade do grupo 2, considera-se atividade como sendo a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo; limitações da atividade como as dificuldades que o indivíduo pode ter na execução de atividades; e a participação como sendo o envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real. Restrições na participação são problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real.

Assim sendo, os grupos alvos em condições de elegibilidade de IP, atualmente em Portugal são:

Crianças com alterações nas funções ou estruturas do corpo (ICF-CY, 2007)

- ***Atraso de Desenvolvimento sem etiologia conhecida***, abrangendo uma ou mais áreas (motora, física, cognitiva, da linguagem e comunicação, emocional, social e adaptativa), validado por avaliação fundamentada, feita por profissional competente para o efeito.

- ***Atrasos de desenvolvimento em condições específicas***, que se baseiam num diagnóstico relacionado com situações associadas a atraso do desenvolvimento, entre outras:
 - Anomalia cromossómica (p. ex. Trissomia 21, Trissomia 18, Síndrome de X -Fragil);
 - Perturbação neurológica (p. ex. paralisia cerebral, neurofibromatose);
 - Malformações congénitas (p. ex. síndromas poli malformativos);
 - Doença metabólica (p. ex. muco poli sacaridoses, glicogenoses);
 - Défice sensorial (p. ex. baixa visão/cegueira, surdez);
 - Perturbações relacionadas com exposição pré-natal a agentes teratogénicos ou a narcóticos, cocaína e outras drogas (p. ex. síndrome fetal alcoólico);
 - Perturbações relacionadas com infeções severas congénitas (p. ex. HIV, grupo TORCH, meningite);
 - Doença crónica grave (p. ex. tumores do SNC, D. renal, D. hematológica);
 - Desenvolvimento atípico com alterações na relação e comunicação (p. ex. perturbações do espectro do autismo);
 - Perturbações graves da vinculação e outras perturbações emocionais.

Crianças com Risco Grave de Atraso de Desenvolvimento

- ***Crianças expostas a fatores de risco biológico***: Inclui crianças que estão em risco de vir a manifestar limitações na atividade e participação (ICF – CY, 2007), por condições biológicas que interfiram claramente com a prestação de cuidados básicos, com a saúde e o desenvolvimento. Baseiam-se num diagnóstico relacionado, entre outros, com:
 - História familiar de anomalias genéticas, associadas a perturbações do desenvolvimento;
 - Exposição intrauterina a tóxicos (álcool, drogas de abuso);
 - Complicações pré-natais severas (hipertensão, toxemia, infeções, hemorragias, etc.);
 - Prematuridade <33 semanas de gestação;
 - Muito baixo peso à nascença (< 1,5Kg);
 - Atraso de Crescimento Intrauterino (ACIU): Peso de nascimento <percentil 10 para o tempo de gestação;
 - Asfixia perinatal grave (Apgar ao 5º minuto <4 ou pH do sangue do cordão <7,2 ou manifestações neurológicas ou orgânicas sistémicas neonatais);
 - Complicações neonatais graves (sépsis, meningite, alterações metabólicas ou Hidra eletrolíticas, convulsões);
 - Hemorragia intraventricular;
 - Infeções congénitas (Grupo TORCH);
 - Criança HIV positiva;
 - Infeções graves do sistema nervoso central (Meningite bacteriana, meningoencefalite);
 - Traumatismos cranianos graves;
 - Otite média crónica com risco de défice auditivo.

- ***Crianças expostas a fatores de risco ambiental*** - Consideram-se condições de risco ambiental a existência de **fatores parentais ou contextuais** que atuam como obstáculo à atividade e à participação da

criança (ICF – CY, 2007), limitando as suas oportunidades de desenvolvimento e impossibilitando ou dificultando o seu bem-estar.

- *São entendidos como **fatores de risco parentais**, entre outros:*
 - Mães adolescentes <18 anos;
 - Abuso de álcool ou outras substâncias aditivas;
 - Maus-tratos ativos (maus-tratos físicos, emocionais e abuso sexual) e passivos (negligência nos cuidados básicos a prestar à criança (saúde, alimentação, higiene e educação));
 - Doença do foro psiquiátrico;
 - Doença física incapacitante ou limitativa.

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

Ancorada às condições da elegibilidade, a questão do grupo alvo para a IP é muito importante, pois trata-se de estabelecer uma faixa etária abrangida pelos programas. Esta questão da abrangência etária dos programas de intervenção precoce não tem sido pacífica ao longo dos anos, defendendo uns que ela deveria ir até aos 3 e outros até aos 6 anos, embora atualmente a tendência seja para considerar os 0 aos 6 anos, havendo, mesmo, quem defenda um prolongamento até aos 8 anos.

Por sua vez, examinando o que se passa a nível europeu, de acordo com Eurllyaid, constata-se que, na grande maioria dos países, a intervenção precoce abrange a faixa etária dos 0 aos 6 anos - com dois países a abrangerem dos 0 aos 5 anos (Inglaterra e Noruega) e três a abrangerem dos 0 aos 7/8 anos (Bélgica, Holanda e Áustria) - sendo o mesmo recomendado pela *European Agency for Development in Special needs Education* (Soriano, 2005).

Capítulo II – Equipas de IP

1. Modelos e práticas de trabalho

As práticas vão sofrendo alterações ao longo do tempo, fruto dos resultados da investigação e avaliação das práticas. Em linhas gerais, as práticas recomendadas para a intervenção precoce no início do séc. XXI são de um modo geral convergentes e baseadas quer em evidências, quer em valores. Emergem das convicções dos técnicos que as desenvolvem no terreno e que acreditam firmemente na sua adequação e eficácia. No entanto, os investigadores nesta área continuam a afirmar que existe um hiato grande entre a teoria e a prática (Guralnick, 2005; Odom, Brantlinger, Gersten, Horner, Thompson, & Harris, 2005; Rapport, McWilliam & Smith, 2004; Cutspec, 2004; Odom & Wolery, 2003; Dunst 2000; Dunst, Trivette & Cutspec, 2002 a,b; Shonkoff & Phillips, 2000, Bruder, 2000a), defendem o desenvolvimento de investigação, aliada a uma divulgação dos seus resultados, que conduza a uma crescente utilização de práticas baseadas na evidência.

As práticas podem ser relacionadas com o trabalho direto e com o trabalho indireto. **As práticas de apoio indireto** estão relacionadas com *políticas, organização dos programas e mudança dos sistemas*. As orientações políticas no campo da intervenção precoce promovem o uso das práticas recomendadas.

As práticas relacionadas com o trabalho direto implicam uma *avaliação* individualizada, apropriada à criança e família, de acordo com os procedimentos legais e linhas de orientação recomendadas. É através deste procedimento que se obtêm informações úteis para a intervenção. A avaliação pressupõe a colaboração dos profissionais e a família, através da partilha de informação. Implicam também *intervenções focadas na criança* desenvolvidas em ambientes seguros para as mesmas, facilitadores do envolvimento ativo e alvo de avaliação contínua. Estas práticas também são *baseadas na família* de forma individualizada e flexível, com vista a fortalecer o funcionamento da família, baseadas nas suas energias e recursos.

As práticas de trabalho direto assentam em *Modelos interdisciplinares*, nos quais as equipas incluem a família e em que existe troca de papéis entre os profissionais sendo as decisões tomadas em conjunto. A intervenção é planeada com base no desenvolvimento da criança e não nas especialidades dos profissionais.

De acordo com Odom et al. (2005), a principal ênfase da política educativa atual, nos EUA, incide na utilização de práticas que se tenha provado serem bem-sucedidas, assistindo-se a uma preocupação crescente, com a identificação e utilização de *práticas baseadas na evidência*, que venham substituir as práticas baseadas no senso comum. A questão é saber qual o tipo e grau de evidência necessários para se considerar uma prática como baseada na evidência? A resposta não sendo linear, gera desacordo entre os cientistas. A tendência para utilizar métodos e práticas próprias das ciências exatas nas ciências sociais, nomeadamente na educação, vem de longe. A *Evidence-Based Education UK* (E-BE UK), referido por Cutspec (2004), considera que para uma prática ser baseada na evidência, não basta que a evidência provenha de inquéritos ou investigação correlacional, tem de partir de investigação experimental desenvolvida nos contextos reais onde as práticas ocorrem. Já Odom et al. (2005), chamam a atenção para o perigo de, ao indicar a metodologia RCT como o padrão por excelência, se estar a confundir a ciência com um método ou técnicas específicas.

No que diz respeito à forma de se ultrapassar o hiato entre investigação e prática, o *Research and Training Center on Early Childhood Development* do *Orelena Hawks Puckett Institute*, aponta duas razões para justificar o hiato investigação-práticas, a primeira tem a ver com o facto de a maioria das sínteses de investigações realizadas serem feitas para os investigadores e não para os agentes que se dedicam á prática no terreno. A segunda resulta do facto destes, normalmente, não as consultarem ou não darem grande credibilidade a esses estudos. Assim, os investigadores deste centro, depois de reverem a literatura no sentido de identificar as características das práticas de intervenção com crianças em idades precoces, que as tornam bem-sucedidas, elaboram linhas de orientação exequíveis e simples que são disseminadas em

formato multimédia, acessível aos técnicos e às famílias, sensibilizando-as para aquilo que podem fazer de diferente, com vista a atingirem os objetivos que se propõem (Dunst, Trivette & Cutspec, 2002a, b).

Assim, o que torna uma intervenção baseada na evidência é a predominância de consequências semelhantes para características semelhantes numa intervenção semelhante, quando a relação é empiricamente estabelecida e cientificamente justificável. Não interessa tanto saber o que causou determinado resultado, mas sim perceber o processo ou mecanismo que levou determinada causa a produzir determinado efeito.

Finalmente importa ainda referir dois aspetos, que os autores salientam na definição de práticas baseadas na evidência, acima apresentada. Por um lado, a necessidade de ter em atenção a relação empírica entre as características e consequências duma prática ou intervenção; por outro, a necessidade de estabelecer estas relações, para que elas informem diretamente, aqueles que estão na prática sobre como podem utilizar as práticas baseadas na evidência. É esta última característica que revela o carácter operacional desta definição e a distingue das restantes.

Subjacentes às práticas de IP, existem princípios relevantes e orientadores, que podemos resumir em três aspetos centralizadores:

Uma intervenção centrada na família e na comunidade

Numa intervenção centrada na família, a unidade de intervenção deixa de ser apenas a criança para passar a ser a família. As decisões da família devem ser apoiadas e respeitadas e os serviços prestados à família devem ter a preocupação de fortalecer o seu funcionamento e de manter e melhorar o bem-estar da unidade familiar (Bailey & McWilliam, 1993; Bailey, 1994;Dunst, Trivette & Deal, 1988; Turnbull, Turbiville & Turnbull, 2000).

Consideram-se centradas na família as práticas que:

- Dão o poder de decisão à família e as envolvem no planeamento, avaliação e intervenção;
- Intervêm junto da família e não apenas junto da criança;
- Definem os objetivos e a intervenção em função das prioridades da família;
- Respeitam a escolha da família no que diz respeito ao seu grau de envolvimento.

Há, portanto uma preocupação em valorizar recursos e energias da família e não os seus pontos fracos. Valorizam-se as escolhas e decisões da família e a intervenção é definida com base numa relação de colaboração entre pais e profissionais (Dunst, Trivette & Deal, 1994). O objetivo final deste tipo de intervenção é que a família atinja um grau de autonomia que lhe permita gerir por si só os problemas que surgem no seu dia-a-dia. Para isso, parte-se das competências que existem em todas as famílias e recorre-se à utilização dos recursos formais e informais existentes na comunidade para atingir os objetivos identificados pela família e para promover a sua inclusão.

Uma intervenção centrada na família tal como é concetualizada por Dunst, Trivette e Deal (1988), implica uma mudança na forma como os profissionais encaram o seu papel e a sua prática. Implica serem capazes de assumir o papel de facilitadores/“catalisadores”, proporcionando o apoio necessário para que seja a família a tomar nas suas mãos a resolução dos seus problemas.

A intervenção centrada na família e na comunidade insere-se numa compreensão bioecológica e sistémica do desenvolvimento, valoriza o papel dos diferentes agentes e contextos ecológicos da criança, estabelecendo entre si uma teia complexa de interações recíprocas com efeitos no desenvolvimento da criança. Nesta perspetiva, há que ter particular atenção às características dos indivíduos e dos contextos que rodeiam a criança, e desenvolver uma intervenção que promova o seu envolvimento e uma otimização dos efeitos ao nível do desenvolvimento da criança.

Uma intervenção nos ambientes de aprendizagem naturais da criança

Sendo o objetivo da intervenção precoce promover a aprendizagem e o desenvolvimento da criança (Bailey & Wolery, 1992; Shonkoff & Meisels, 2000; Widerstrom, Mowder & Sandall, 1997), as práticas de intervenção deverão enquadrar-se nas teorias atuais do desenvolvimento que, como vimos, enfatizam a sua natureza transacional e sistémica (Bronfenbrenner, 1979, 1995; Bronfenbrenner & Morris, 1998), a par do seu carácter eminentemente social (Vygotsky, 1934/81; 1931/85a,b, 1978), dando à interação social um papel fulcral em todo este processo. Assim, a intervenção deverá decorrer em ambientes naturais, deverá ser individualizada, inserida nos contextos de vida da criança, família e comunidade, envolvendo todos os parceiros e aproveitando todas as oportunidades de aprendizagem que aí surjam, através da participação da criança e da família em cenários inclusivos, isto é, cenários que proporcionem as atividades e oportunidades de aprendizagem típicas para as crianças da mesma idade e para as suas famílias.

Este princípio orientador conduz a modelos de intervenção que visa tornar as crianças capazes de funcionar eficazmente nos seus contextos de vida diária. As atividades de intervenção caracterizam-se por ser abrangentes (tendo em conta todas as áreas de desenvolvimento), integradas nos jogos e nas rotinas do dia-a-dia. Aproveitar as rotinas, brincadeiras e interações das crianças para lhes proporcionar situações de aprendizagem, além de poupar tempo e energia ao adulto e à criança, aumenta as características funcionais do ensino (as atividades estão a ser desenvolvidas nos contextos em que ocorrem naturalmente) reduzindo, conseqüentemente, a necessidade de treinar a fase de generalização das aprendizagens, aumentando as oportunidades de repetição (a rotina pressupõe uma repetição), de motivação (se se escolherem, como é indispensável, rotinas atraentes para a criança e para o adulto), e finalmente, facilitando as aprendizagens. Trata-se de um modelo baseado nas atividades rotineiras.

Uma prática de intervenção baseada nas rotinas é uma componente essencial dentro de um modelo centrado na família e na comunidade, uma vez que, ao assentar naquelas que são as atividades diárias da criança e da família, está a criar o contexto ideal para um envolvimento ativo da família e para a utilização dos recursos da comunidade. Pode-se pois afirmar, que o **modelo de intervenção baseado nas atividades** constitui uma ponte entre as práticas adequadas ao desenvolvimento e o modelo de práticas contextualmente mediadas (Dunst, 2006, Dunst & Bruder, 1999a,b; Dunst & Hamby, 1999a,b; Dunst et al., 2000).

O **modelo de práticas contextualmente mediadas** é designado por Dunst como o modelo de intervenção precoce de terceira geração. Este autor, a par de outros, tem vindo a desenvolver diferentes linhas de investigação que constituem a base de suporte ao desenvolvimento de práticas de intervenção baseadas na evidência. Este modelo relaciona-se com o que temos vindo a referir sobre a importância das práticas desenvolvimentais no ambiente natural da criança e através do qual os pais e a família assumem o papel de mediação num ambiente tão rico para a aprendizagem, como é o contexto natural onde a criança se insere.

O modelo proposto por Bronfenbrenner (1995, 1999; Bronfenbrenner & Morris, 1998) proporciona o enquadramento concetual a esta abordagem, ao salientar que a aprendizagem e o desenvolvimento da criança são influenciados pelas suas características pessoais e pelas características dos contextos que fazem parte do seu dia-a-dia. Estas incluem experiências e oportunidades sociais e não sociais, que são proporcionadas às crianças através da sua vivência diária enquanto elementos de uma família e de uma comunidade específica. Nesta linha, Dunst (2006) defende a utilização de um **modelo de práticas contextualmente mediadas**, que vise o fortalecimento da confiança e da competência dos pais e das crianças através de oportunidades diárias de aprendizagem baseadas nos interesses da criança, ou seja, o seu meio envolvente proporciona-lhe a aprendizagem naturalmente (Dunst & Bruder, 1999a). Exemplos de cenários de atividade são as refeições, o vestir e despir,

idas ao supermercado, visitas aos amigos, passeios, idas a museus, feiras, jardim ou à piscina.

De acordo com dados da investigação de Dunst, estas oportunidades de aprendizagem constituem uma diversidade de experiências planeadas e não planeadas, estruturadas e não estruturadas, intencionais e ocasionais (Dunst & Hamby, 1999a,b; Dunst et al.,2000).

Dentro de um modelo de práticas contextualmente mediadas, é fundamental aumentar as ocasiões em que as crianças possam participar em atividades diárias, potenciadoras de oportunidades de aprendizagem baseadas nos seus interesses. É possível aumentar as oportunidades de aprendizagem quer identificando e utilizando um número importante e diversificado de cenários, que proporcionem essas oportunidades, quer aumentando o número de oportunidades de aprendizagem proporcionado por qualquer um desses cenários, criando assim ocasiões para que a criança possa exercer as competências que já domina e adquirir novas competências.

De acordo com o modelo de práticas contextualmente mediadas, estas têm maior probabilidade de terem um efeito positivo na criança e nos pais, quando são eles os principais mediadores, proporcionando aos seus filhos oportunidades diárias de aprendizagem baseadas nos seus interesses. O papel dos profissionais é apoiar e fortalecer as capacidades dos pais para compreender, reconhecer e utilizar essas oportunidades de aprendizagem.

Os resultados que se esperam da utilização de práticas contextualmente mediadas são um aumento progressivo da participação das crianças nas atividades diárias, social e culturalmente significativas, de forma a permitir-lhes aprender, praticar e aperfeiçoar competências que facilitem a sua inclusão nos seus grupos e contextos, assim como o fortalecimento da competência e da autoconfiança dos pais e da criança.

Práticas, contributos e coordenação de serviços e recursos

Segundo Widerstron (1997), aquilo que no campo da educação especial, melhor distingue a intervenção precoce da intervenção com crianças mais velhas, é o facto da multiplicidade de necessidades das crianças e famílias, implicarem uma resposta abrangente que, em muitos casos, poderá incluir a educação, a saúde, a segurança social e ainda outros diferentes tipos de apoios, residindo nesta prática a eficácia da intervenção (Bronfenbrenner, 1984).

Tais necessidades não encontram resposta num profissional único, mas sim numa equipa pluridisciplinar que integra, na grande maioria dos casos, diversos serviços, o que exige uma coordenação eficaz, não só dos profissionais e serviços implicados, mas também dos apoios e recursos da comunidade que deverão ser parte ativa dessa resposta.

No quadro da abordagem bioecológica do desenvolvimento, torna-se necessário ter em conta os diversos níveis do contexto ecológico da criança e as múltiplas interações que aí ocorrem. Impõem-se outras respostas e para tal é necessário mobilizar, articular e coordenar essas respostas. De uma resposta dada muitas vezes por um único profissional, passa-se para uma resposta que, dada a complexidade das situações em jogo, vai ter de recorrer a profissionais de diferentes áreas de especialização, de diferentes serviços e com diferentes recursos. Nesta situação, a existência de um verdadeiro **trabalho de equipa** torna-se indispensável para assegurar que todos partilham os mesmos objetivos e estratégias com vista ao bem-estar da família e da criança.

Desenvolver um modelo de prestação de serviços, suficientemente flexível de forma a incorporar uma multiplicidade de respostas e, simultaneamente, capaz de individualizar essas respostas em função da especificidade de cada situação, não é tarefa fácil. O espírito de equipa no sentido etimológico do termo é fundamental, ou seja, um grupo de indivíduos deverão estar ligados por uma finalidade e funções específicas que tem origem numa filosofia comum e na partilha de objetivos (Maddux, 1988, cit. Bruder, 1996). É fundamental que

os técnicos além dos conhecimentos e competências na sua área de especialização também estejam habilitados em dinâmica de grupos e que tenham uma orientação para a família.

O problema da liderança está, como não podia deixar de ser, estreitamente ligado ao do modelo de funcionamento de equipa que se implementa. As equipas de intervenção precoce têm vários fatores em comum, entre os quais se destacam: a diversidade de profissionais que a maioria, integra; a defesa por muitas delas, da inclusão da família como elemento da equipa; e a partilha de tarefas, tais como a avaliação, o desenvolvimento do Plano Individualizado de Apoio à Família e a sua implementação. Estas equipas têm sido tradicionalmente identificadas, tendo em conta o papel e função dos seus elementos, como multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares.

O *modelo multidisciplinar*, devido à integração e colaboração mínimas que propicia entre os profissionais de diferentes especialidades, é considerado como o mais ineficaz para proporcionar uma resposta abrangente e integrada às crianças e famílias. A sua maior falha está em ter popularizado a ideia de *equipa* e ter constituído a base para o desenvolvimento dos modelos inter e transdisciplinares (McGonigal, Wodruff & Roszmann-Millican, 1994).

No *modelo interdisciplinar*, a partilha continuada de informação entre os diferentes profissionais já permite uma visão integrada da criança e da família. Os pais são chamados a colaborar ou mesmo a fazer parte da equipa. É no entanto, um modelo que exige um esforço constante dos elementos da equipa no sentido, não só de ultrapassarem dificuldades de comunicação, como de coordenarem os seus objetivos e tomarem decisões conjuntas.

O *modelo transdisciplinar* é hoje considerado como uma prática recomendada em intervenção precoce, devido à abordagem holística e completa que faz à criança e à família, através da partilha e troca de competências entre os profissionais, sendo incompatível com uma prestação de serviços fragmentada (McWilliam, 2000, Bruder, 1996; Sandall, 1997). O desenvolvimento da criança deve ser visto como integrado e interativo e as respostas da IP integradas no

seu contexto natural. Assim, considera a família como elemento integrante da equipa, mas respeita a sua decisão no que diz respeito à natureza e à extensão desse envolvimento.

Quando falamos de coordenação de serviços, referimo-nos ao esforço de cooperação e coordenação de profissionais de diversas disciplinas, diversos serviços e diversas fontes de financiamento, conciliando objetivos e metodologias, com vista a atingir um resultado comum: responder às prioridades e necessidades das crianças com necessidades educativas especiais ou em risco e às suas famílias, de uma forma consistente e integrada.

Com base numa revisão da literatura, Dunst e Bruder (2002) salientam como alguns dos principais resultados de uma boa coordenação de serviços e recursos, permite um acesso mais fácil aos serviços, melhor informação às famílias, maior disponibilização de financiamentos, melhoria da qualidade dos serviços, maior disponibilização de apoios e recursos, melhor relacionamento entre a família e os profissionais, melhoria da qualidade de vida dos pais e da família, aumento do bem-estar dos pais e da família, melhoria nos resultados a nível da criança e indicadores mais positivos de satisfação dos pais e das famílias. Não é portanto de estranhar, que se considerem como líderes eficazes, aqueles que são capazes de pôr a funcionar em conjunto uma variedade de serviços e de recursos públicos e privados de forma a responder, não só às necessidades educativas das crianças, mas também às necessidades de saúde e sociais das crianças com incapacidades e suas famílias (Harbin, McWilliam & Gallagher, 2000).

2. Papel da família e comunidade na Intervenção Precoce

A Intervenção Precoce é um campo simultaneamente de investigação e de intervenção. Com efeito, diversos programas como o programa norte-americano Head Start integraram estas duas valências, num contexto social de problemas sociais graves relacionados com pobreza, (i) migrações, isolamento rural, problemas raciais, desaparecimento da família alargada entre outros (Oudenhoven, 1989). Este programa ofereceu a “educação compensatória” a crianças que apresentaram défices de desenvolvimento ou dificuldades de aprendizagem, contudo, foi aplicado de forma distinta em várias comunidades. O estudo das diferentes aplicações foi rigoroso e nacional e indicou-nos caminhos que orientam as práticas internacionais até aos dias de hoje.

O conjunto dos estudos do Consórcio para os Estudos Longitudinais (1983) revelou que as seguintes condicionantes afetam a promoção do desempenho infantil:

- A participação e envolvimento dos pais;
- A idade de ingresso no programa;
- Coordenação de serviços;
- Ação no domicílio e nos contextos de vida.

Em 1986, a meta-análise de Castro & Mastropieri (74 estudos) refere que a eficácia do programa, medida pela compensação social, depende diretamente de quatro variáveis:

- O envolvimento dos pais;
- Idade de ingresso no programa;
- Grau de estruturação do currículo;
- Duração e intensidade do programa.

Bailey e sua equipa (1991) em revisão de literatura indicam três princípios sobre o papel e envolvimento dos pais, no contexto da intervenção precoce, que reúnem consenso de diferentes autores (Bailey et al., 1986, 1988; Brewer, McPherson, Magrob & Hutchins, 1989; Dunst, 1985; Shelton, Jeppson & Johnson, 1987, cit. in Bailey et al. 1991):

- O plano de apoio e suporte à família deve ser individualizado, atendendo à diversidade de cada uma, no que respeita a recursos, prioridades e preocupações, sendo o papel dos profissionais facilitar e incentivar o envolvimento dos pais;
- Devem ser dadas aos pais todas as oportunidades de participantes ativos no planeamento de serviços para a criança e eles próprios, sendo o papel dos profissionais, envolverem-se nessas práticas, valores e suporte social, como facilitadores das interações;
- Cabe aos pais tomarem a última decisão sobre qualquer assunto relativo aos filhos, e os profissionais devem organizar os serviços de apoio, de maneira a fortalecer as famílias, para se sentirem competentes na mobilização dos serviços necessários à criança e a si própria.

Tendo em conta a importância da família, salientada por tantos autores, cada vez mais a IP deve privilegiá-la, aliás como já foi demonstrado no capítulo anterior.

Dunst (1996) refere quatro níveis de participação da família nas práticas de IP:

No 1.º nível encontramos o **Modelo Centrado no Profissional**, na medida em que é este a determinar as necessidades e a intervenção, tomando a família como um mero coadjuvante da intervenção.

No 2.º nível encontra-se o **Modelo Aliado da Família** - As famílias são vistas como agentes dos profissionais. Estes determinam as intervenções, embora peçam ajuda aos pais, para a realização dos programas.

No 3.º nível encontramos o **Modelo Focado na Família** - Os profissionais e família colaboram na definição das necessidades e escolhem os serviços para as satisfazer.

No 4.º nível encontramos o **Modelo Centrado na Família** - São as necessidades e desejos dos pais que ditam a intervenção. Os profissionais

colocam-se no papel de agentes da família, sendo esta a tomar as decisões finais, sobre qualquer assunto relativo à criança ou família.

O termo Intervenção Centrada na Família tem sido usado para descrever certas formas de serviços prestados à família e criança no âmbito da educação, serviço social, psicologia, terapias (Bribitzer & Verdieck, 1988; Bailey et al., 1992; Trivette et al., 1991 entre outros, cit. in Allen & Petr, 1996).

As práticas centradas na família, para estes autores e para outros citados por eles, são definidas como atividades que:

- Encaram a criança como um membro da estrutura social (Bronfenbrenner, 1979);
- Capacitam as famílias através da rede de suporte social, formal e informal (Dunst, Trivette & Deal, 1988);
- Encorajam a família a tomar decisões (Bailey et al., 1986);
- Promovem os profissionais como ouvintes ativos (Winton, 1996);
- Promovem a família para a independência e a capacitem para controlar o seu próprio destino (Dunst et al., 1988);
- Promovem o respeito individual e cultural dos valores da família (Vincent, 1992);
- Respeitam a família no que ela pode fazer, escolher ou sentir (Turbull & Turnbull, 1986).

Segunda Parte – Estudo Empírico

Capítulo III – Metodologia

1. Definição do problema

Conforme referimos no primeiro capítulo, da primeira parte, no ponto nº 1 - *IP em Portugal*, num passado muito recente, as práticas de IP apareciam dispersas pela legislação referente à Educação Especial e à Educação Pré-escolar (Bairrão, 2002), até que em Outubro de 1999 surge o DC n.º 891/99 que para além de realçar a importância da família e do trabalho de equipa integrado na comunidade, refere a importância da formação diversificada dos técnicos. Segundo Bairrão (2002), e após 3 anos de período experimental, a avaliação das práticas mostrou que no terreno os efeitos foram maioritariamente negativos com uma “enorme confusão e semiparalisação de muitos dos projetos”.

O estudo das práticas em IP realizado por Bairrão (2002), indicam a necessidade de “*uma avaliação contínua das práticas no terreno e a formação e acompanhamento das equipas de intervenção direta*” (Bairrão, 2002). A qualidade dos serviços de IP depende assim, da formação dos profissionais quer na sua formação inicial (com o objetivo de delimitar qualificações e perfis de competências) quer na formação especializada (Mendes, A., 2001).

No Questionário aos Educadores de Apoio Educativo - Intervenção com crianças dos 0 aos 6 anos, levado a efeito em 2002, ao nível das Direções Regionais de Educação de todo o país constatou-se que o número de educadores que tinham no currículo da sua formação inicial módulos ou unidades curriculares de IP era muito reduzido. Nesse trabalho de terreno (Chaves de Almeida e Bairrão, 2002:24), ficou claro que “as dificuldades e lacunas sentidas a nível das práticas dos profissionais de IP têm a ver com as questões ligadas à formação”. Não obstante, o relatório Europeu (2005) indica que a formação pós-graduada em IP ministrada no Porto (desde 1996) e em Coimbra (desde 1998) é pioneira na Europa e de elevada qualidade.

Tendo por base estas reflexões consideramos pertinente **analisar a oferta formativa dos diversos cursos superiores neste domínio, com o objetivo de perceber se a formação académica oferecida em IP é distinta e especializada a determinados grupos alvo (e.g., saúde, educação), ou partindo dos mesmos modelos e conceitos permite estabelecer uma base de trabalho comum entre diferentes profissionais.**

2. Objetivo do estudo

Atualmente, a temática da IP está presente em vários cursos de educação especial, psicologia, serviço social, medicina e motricidade humana, distribuída por vários graus de ensino superior desde licenciatura a mestrados e pós-graduações.

Existem diversos mestrados em educação especial, com especialização no domínio da IP, distribuídos por vários estabelecimentos de ensino superior do país. Verifica-se também a oferta crescente de mestrados de IP, sobretudo ao nível do ensino politécnico, e também de pós-graduações, ao nível do ensino superior particular e cooperativo.

Por uma questão de proximidade pessoal e profissional, concentramo-nos na área da Grande Lisboa, e constatou-se que existe uma oferta diversificada de formação de segundos ciclos no domínio da IP. Para além dos diversos mestrados de Educação Especial, com especialização em IP, ministrados pela ESELx-IPL e pela ESE-Maria Ulrich, funcionam, em Lisboa, dois mestrados autónomos em IP, sendo um lecionado na ESELx-IPL e outro no ISEC. No ISPA, a oferta formativa nesta matéria inclui uma pós-graduação em IP, com a duração de um ano letivo completo e ainda o mestrado integrado de psicologia com o domínio de IP. A Faculdade de Psicologia de Lisboa também inclui no seu mestrado integrado de psicologia a unidade curricular de IP, assim como a Faculdade de Motricidade Humana e a Faculdade de Medicina.

Dada a diversidade de oferta formativa em IP procurámos **conhecer a conceção dos docentes do ensino superior de unidades curriculares de IP sobre o conceito, os modelos, as equipas que operam no terreno, o público elegível e ainda perceber a organização do plano de estudos e da bibliografia recomendada**, com o objetivo de verificar quais os aspetos mais valorizados pelos docentes, as similitudes e distinções das abordagens, no que concerne a:

- Caracterizar a unidade curricular;
- Percecionar o conceito de IP;
- Perceber o tipo de equipa considerada eficaz e de qualidade pelo docente;
- Identificar as diferenças entre NEE e IP;
- Perceber os modelos de IP valorizados pelos docentes.

3. Caracterização da amostra

Com este trabalho pretendemos auscultar professores universitários dos estabelecimentos de ensino superior onde são lecionados mestrados e pós-graduações em IP, ou relacionados com IP, que são responsáveis pelas unidades curriculares de IP nos referidos cursos. De acordo com os objetivos deste trabalho, pretendíamos perceber os conceitos e perspetivas dos professores responsáveis pelas diferentes unidades dos diferentes cursos superiores de segundos ciclos (mestrados e pós-graduações).

Este foi, aliás, o único critério subjacente à escolha dos docentes a par da disponibilidade dos mesmos. Variáveis como o sexo, a idade, anos de serviço não foram consideradas, por não se enquadrarem no âmbito deste estudo. Dos oito docentes selecionados, sete aceitaram participar no estudo.

Assim, relativamente ao IPL-ESELx, entrevistámos a docente responsável pela UC-*Enquadramento das Práticas de IP* - comum ao mestrado de Intervenção Precoce e ao mestrado de Educação Especial. A referida docente com 11 anos de experiência de ensino superior é Mestre em Intervenção Precoce e Doutorada em Psicologia na área da primeira Infância, e trabalha com equipas de IP. Deste estabelecimento de ensino, recolhemos ainda o contributo do docente responsável pela UC – *Observação Bioecológica*, do mestrado de IP. Este docente com 22 anos de experiência é doutorado em psicologia do desenvolvimento e educação pela Universidade do Porto

No ISEC, é ministrado um mestrado de IP, pelo que entrevistamos a professora responsável pela unidade curricular de *Práticas de Investigação-ação no seio de equipas de Intervenção Precoce*. Esta docente é Doutorada em Psicologia na área da Primeira Infância e trabalha com equipas de IP.

No que respeita ao ISPA, destaca-se um mestrado integrado de psicologia, onde é ministrada a UC – *Modelos e Estratégias de Avaliação e Intervenção Precoce* e uma pós-graduação em IP, onde são lecionadas as unidades curriculares *Evolução dos Modelos Conceituais e Práticas IP – Enquadramento*

Legal e Estratégias de Individualização e Promoção de Competências: A Construção de PEI e PIIP de qualidade. Foi possível entrevistar dois docentes neste estabelecimento de ensino: a responsável pela UC do mestrado integrado de Psicologia e a responsável pela UC de *Estratégias de Individualização e promoção de Competências*, da pós-graduação. Esta docente com vasta experiência de terreno em IP e docência no Ensino Superior, é mestre e doutorada em Psicologia em temáticas relacionadas com a IP.

Na ESE Maria Ulrich, entrevistamos a docente responsável pela UC – *Conceitos fundamentais em IP*, do mestrado em EE, no domínio IP. A referida docente é educadora de infância especializada em Educação Especial, Mestre e Doutorada na Área da Educação Especial.

A Faculdade de Medicina de Lisboa ministra as unidades curriculares *Introdução à Medicina da Criança e da Família e Desenvolvimento Infantil e Educação*, mostrando-se disponível para a entrevista o docente de Desenvolvimento Infantil. Pediatra Doutorado nas Ciências do bebé e da família, vastíssima experiência no atendimento ao bebé e à família e docência universitária.

Relativamente ao mestrado integrado de psicologia, da faculdade de Psicologia de Lisboa, foi possível recolher a opinião do docente responsável pela UC- *Relacionamento Precoce e Prevenção de Saúde*. Mestre e Doutorado em Psicologia com 29 anos de docência, nesta faculdade.

Em síntese, pode-se concluir que os sete docentes entrevistados, corresponderam ao objetivo deste trabalho que era obter uma amostra diversificada e exemplificativa da formação superior em IP, o que foi possível pela abrangência de seis estabelecimentos de ensino superior de Lisboa, totalizando oito cursos de 2.º ciclo e dez unidades curriculares ministradas.

4. Metodologia

A metodologia de investigação utilizada neste estudo é de cariz qualitativo, por considerarmos ser a que melhor responde aos objetivos propostos, pois estamos perante um procedimento de reflexão e inferência, passível de se adaptar a índices não previstos e ao desenvolvimento de hipóteses (Bardin, 2009).

Os métodos de investigação qualitativa estimulam a compreensão, descrição e, por vezes, explicação de fenómenos sociais a partir do seu “interior”, analisando experiências individuais relacionadas com a práxis dos sujeitos.

Segundo Bogdon e Biklen (1994), a investigação qualitativa é descritiva, o que nos permitiu, através da análise discursiva dos entrevistados, reconhecer elementos relevantes e espontâneos, que através de abordagens quantitativas se perderiam por se centrarem em elementos por ventura pré-estabelecidos.

A entrevista assume-se como uma forma específica de conversação onde o conhecimento é produzido através da interação entre o entrevistador e o sujeito em estudo, emergente de uma estrutura e um propósito previamente definido pelo entrevistador (Kvale, 2008). A “entrevista é uma conversa com objetivos” (Birgham e More, cit. Caria.T, 2012:26). Ao afirmar-se que a entrevista é uma conversa, estamos a salientar a dimensão relacional e social que se gera quando se recolhe a informação, pois, como dizem Fontana e Frey (1994), a entrevista é “*uma das mais comuns e poderosas maneiras que utilizamos para tentar compreender nossa condição humana*” (p.361).

Uma das principais qualidades desta abordagem é a flexibilidade de permitir ao entrevistado definir os termos da resposta e ao entrevistador ajustar livremente as perguntas. A entrevista procura a intensidade das respostas, não a quantificação ou representação estatística. Com este recurso metodológico, procurou-se obter respostas a partir da experiência subjetiva da fonte e, obviamente da interpretação e reconstrução subjetiva do investigador.

A entrevista revelou-se uma ferramenta bastante útil ao permitir uma construção baseada nos relatos das interpretações e experiências dos docentes. Através de uma abordagem compreensiva da mesma, criou-se a oportunidade para redefinir os objetivos da investigação e mais facilmente, aferir a relevância dos temas e conteúdos da entrevista. Recorreu-se a um guião de entrevista semiestruturada com questões abertas, realizadas face-a-face, procurando operacionalizar-se alguns parâmetros na sua construção, de acordo com os objetivos específicos que se pretende investigar, nomeadamente:

- Caracterização da unidade curricular que cada docente leciona, pretendendo também obter a opinião do entrevistado sobre a sua conceção sobre IP, os destinatários, os problemas e a ação;
- Constituição das equipas de intervenção precoce, auscultando o entrevistado acerca das áreas científicas representadas nas equipas bem como o modelo de trabalho que considera adequado a uma equipa IP;
- Distinção entre NEE e IP, na perspetiva do entrevistado;
- Modelos de IP, a partir dos contextos da criança, dando espaço para a conceção do entrevistado no que se refere às transições de vida da criança.

O **processo de recolha de dados** seguiu os procedimentos metodológicos da investigação qualitativa. No momento da entrevista, procedeu-se a um agradecimento aos docentes que se mostraram disponíveis para colaborar com este estudo e legitimar a entrevista, através da informação sobre os objetivos e metodologia da investigação, da pertinência da participação do entrevistado para o estudo em causa e assegurar a confidencialidade do tratamento dos dados. Foi também solicitado a cada docente autorização para se proceder ao registo áudio das entrevistas.

A transcrição integral dos ficheiros áudio produzidos nas entrevistas foi efetuada à medida que as mesmas iam sendo concluídas. Após esta etapa, procedeu-se á **análise de conteúdo** dos dados recolhidos.

Considerando que a análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / receção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 2009: 44). A análise de conteúdo das entrevistas aos docentes baseou-se em três polos cronológicos, sistematizados por Bardin (idem) e que incluem a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados e interpretação.

A primeira etapa implicou a organização e seleção dos dados, através da transcrição integral das entrevistas. Seguidamente, procedeu-se à leitura flutuante, de onde emergiram hipóteses e objetivos que iriam fundamentar e justificar a análise. Posteriormente, os dados foram codificados, partindo das unidades de registo, antes de, finalmente, ser realizada a categorização, classificando-se os elementos de acordo com as suas similitudes e por diferenciação, com a criação de categorias e subcategorias, mais tarde reagrupadas, de acordo com denominadores comuns. Esta categorização foi iniciada antes dos procedimentos de recolha de informação, fundamentada na revisão bibliográfica e nas hipóteses emergentes, e reajustada depois da análise dos dados.

A par das entrevistas, procedeu-se à **análise documental dos programas das unidades curriculares** lecionadas pelos docentes entrevistados e a análise da bibliografia recomendada por cada uma. Procedeu-se a uma análise comparativa e elaborou-se um quadro síntese. Esta opção metodológica teve como objetivo conhecer as diferentes formas de abordagem da IP previstas pelos diversos cursos através dos programas e bibliografias recomendadas, com vista a proceder a um cruzamento dos dados e assim ter uma visão mais completa da formação superior dos técnicos e aferir a sua relação com as práticas.

5. Apresentação dos resultados

5.1. Entrevistas

As entrevistas tinham como principal objetivo averiguar a construção conceptual dos docentes do ensino superior que lecionam unidades curriculares no âmbito da Intervenção Precoce e acerca da Intervenção Precoce, modelos estes que suportam a formação dos profissionais.

Assim, para uma caracterização da unidade curricular questionou-se os docentes sobre o **conceito de IP (ver quadro 1)**, solicitando a sua opinião sobre o tipo de problemas, destinatários e formas de intervenção.

Quadro 1 - O que entende por intervenção precoce?

INDICADORES	ENTREVISTADOS	TOTAL
Agir atempadamente / preventivamente	D; F; A; E	4
Intervenção em crianças em risco e suas famílias	B; A; G	3
Intervenção articulada entre profissionais	D; A	2
Estimular o desenvolvimento e crescimento da criança	F; G	2
Promover o bem-estar	E; G	2
Agir no risco estabelecido	D	1
Promover competências parentais	G	1
Conjunto de serviços e apoios	C	1

Relativamente ao conceito de IP, o grande denominador comum das respostas é *agir atempadamente* ou preventivamente – aspeto referido por quatro entrevistados. Outros referem uma *intervenção em crianças em risco e suas famílias* e outros dois salientam o facto de ser um trabalho de cooperação entre vários profissionais. Não deixa de ser curioso o facto do docente do mestrado integrado de Medicina privilegiar a promoção do bem-estar, relativamente a outros aspetos.

Em suma, **conceito de IP** é interpretado pelos entrevistados, globalmente, como uma *ação preventiva*, com o objetivo de *promover o bem-estar, estimular o desenvolvimento e crescimento da criança e promover competências parentais*.

Quanto aos **destinatários da IP (ver quadro 2 e 3)**, que se relaciona intrinsecamente com os critérios de elegibilidade abordados na primeira parte deste trabalho no 1.º capítulo, n.º 2, interessa também perceber se o conceito está ancorado ou não na prevenção.

Quadro 2 – A quem se destina?

INDICADORES	ENTREVISTADOS	TOTAL
Crianças em risco de desenvolvimento	A; E; C; F; B	5
Crianças com incapacidades	E; C; D; B	4
Centrada na família / Crianças e suas famílias	A; G; B	3
Prioridade à acumulação de fatores de risco	C	1

É de salientar que três dos docentes elegem como destinatários as crianças e suas famílias. Dos sete entrevistados, cinco indicam o *risco de desenvolvimento* como alvo de intervenção (reforçando a componente de prevenção). Quatro docentes referem a incapacidade como alvo, embora uma das entrevistadas tenha referido na resposta anterior a preocupação com as questões do risco estabelecido. Com efeito, a legislação prevê as duas condições: *risco de desenvolvimento* e *incapacidade* como alvo de intervenção. Existe ainda uma entrevistada que sublinha a *acumulação de fatores de risco*, o que aponta claramente para uma das categorias dos critérios de elegibilidade, que inclui as crianças em risco ambiental e para o efeito cumulativo do risco.

Quadro 3 – Para que idades?

INDICADORES	ENTREVISTADOS	TOTAL
Dos 0 aos 6	D; F; B; E	4
Preferencialmente dos 0 aos 3	C; G; A	3

Todos os entrevistados concordam que a IP se destina a crianças dos 0 aos 6 anos, aliás como prevê a legislação nacional, mas três sublinham que a IP se destina *preferencialmente a crianças dos 0 e os 3 anos*.

Questionados sobre o **objetivo da IP (ver quadro 4)**, quatro dos docentes consideraram que a *prevenção deve incidir sobretudo nos atrasos de desenvolvimento*, sendo que dois destes entrevistados sentiram necessidade de esclarecer a sua resposta, afirmando que a prevenção deve ser feita a três níveis: primário (informar/aconselhar) secundário (quando o problema não ocorreu, mas existem condições de risco) e terciário (quando já existe o problema).

Quadro 4 – Intervenção ou prevenção?

INDICADORES	ENTREVISTADOS	TOTAL
Prevenção de atrasos de desenvolvimento	C; F; A; G	4
Facilitar desenvolvimento da criança	B; A; G	3
Prevenção é fundamental nas famílias com crianças com incapacidades ou risco social	A; G; D	3
Prevenção é feita a três níveis: primário (informar/aconselhar), secundário (quando o problema não ocorreu mas existem condições de risco) e terciário (quando já existe o problema)	A; G	2
Prevista na legislação atual	A	1
Evitar a ocorrência do problema	F	1
Conviver com a diferença	D	1
Perspetivar o modelo bioecológico	E	1

Os mesmos dois entrevistados consideram que a prevenção é fundamental nas famílias com crianças com incapacidades ou risco social. Este aspeto foi secundado por um outro docente que considerou que subjacente ao conceito

de prevenção está implícito o saber *conviver com a diferença*. De salientar que apenas um entrevistado referiu a importância de perspetivar o modelo bioecológico na prevenção, sendo que este docente leciona uma unidade curricular do mestrado integrado de Medicina. Por outras palavras, numa perspetiva muito próxima dos cursos de educação e psicologia.

Quadro 5 – Intervenção / Reabilitação?

INDICADORES	ENTREVISTADOS	TOTAL
Prevenção do risco maior	G; F; B; C; D	5
Facilitar as condições para o desenvolvimento da criança	B; C; A	3
Promoção de competências nas famílias e crianças	G; E	2
Assenta no modelo relacional e vinculação	E; A	2
Incentivar a coresponsabilização da família	C	1

No que respeita à **intervenção/reabilitação (ver quadro 5)**, dois dos entrevistados consideram que a mesma *deve envolver a criança e a família*, promovendo competências em ambos e incentivando a coresponsabilização da família, assente num modelo relacional de vinculação. Cinco dos docentes consideram que a intervenção/reabilitação deve ser no sentido de prevenir riscos maiores e ser facilitadora de condições de desenvolvimento da criança.

Para melhor percebermos as representações dos docentes sobre as equipas de IP, colocaram-se várias questões aos entrevistados, orientadas pelo guião, nomeadamente no que se refere às áreas científicas das **equipas e ao modelo de trabalho das mesmas (ver quadro 6)**.

Quadro 6 – Que áreas científicas e profissionais devem estar representadas numa equipa de IP?

INDICADORES	ENTREVISTADOS	TOTAL
Área da saúde	A; D; C; B; F; E	6
Área da educação	A; D; C; B; F	5
Serviço social	A; C; B; F	4
Área das terapias	D; C; F	3
Área das ciências sociais	D; C; B	3
Áreas ligadas à família e desenvolvimento infantil	A; F	2
Área de direito	F	1
Área de gestão e finanças	F	1
Área de engenharia/arquitetura	F	1

Questionados sobre as áreas científicas e profissionais que devem estar representadas numa equipa IP, foi praticamente unânime que a área da saúde é fundamental, seguida pelos profissionais de educação e o serviço social. Para além destas áreas mais consensuais, as equipas também deveriam integrar segundo três dos entrevistados terapeutas de diferentes áreas. Para um dos docentes, profissionais da área do direito, da gestão, finanças e também de arquitetura teriam lugar numa equipa IP, numa visão bio-psico-ecológica, na linha do modelo ecológico de Brofenbrenner.

Quadro 7 – Qual o modelo de trabalho em equipa que acha mais adequado?

INDICADORES	ENTREVISTADOS	TOTAL
Tendencialmente transdisciplinar	G; B; C; D; A	5
Equipas pluridisciplinares/ multidisciplinares	E; B; D	3
Modelo interdisciplinar	G;	1
Modelo relacional	F	1

Quanto ao **modelo de trabalho das equipas IP (ver quadro 7)**, para a maioria dos docentes, deve ser tendencialmente transdisciplinar, por ser o que poderá ser mais eficaz na coordenação e operacionalização das ações, o que vai de encontro ao modelo considerado como prática de IP recomendada, segundo DC 891/99.

Os profissionais que atuam no terreno referem a dificuldade do senso comum distinguir NEE e IP, considerando até que se trata de uma mesma área. Com base neste preconceito, consideramos importante saber a opinião dos entrevistados sobre a **distinção entre EE e IP (ver quadro 8)**.

Quadro 8 – No seu entender qual é a diferença entre educação especial e intervenção precoce?

INDICADORES	ENTREVISTADOS	TOTAL
E.E. é quando existe uma incapacidade	A; C; B; E	4
São intervenções distintas	A; C; G	3
IP é a criança e a família	A; D; B	3
IP é qualquer problema que afete o desenvolvimento infantil	A; C; B	3
IP é um modelo preventivo	D; E	2
Existe uma sobreposição entre N.E.E e IP	F; A	2
E.E. somos todos nós	D	1
E.E. é quando há uma alteração do corpo ou doença genética	A	1
E.E. não intervêm no contexto de vida da criança	A	1
E.E. tem de ser um serviço dentro da IP	A	1
E.E. implica adaptação de currículo educativo às NEE. da criança	B	1
IP trabalha no contexto de vida da criança	A	1

Curiosamente obtivemos respostas muito diversas. Para generalidade dos entrevistados, a IP assume um carácter mais amplo ou por integrar mais problemáticas ou por não se centrar no problema. Para três dos entrevistados, é perentório que se trata de conceitos muito distintos, com intervenções diferentes. Uma das docentes que afirma esta distinção considera que a EE deveria ser um serviço dentro da IP (acentuando as diferenças entre as duas práticas).

Em suma, parece ser denominador comum que a IP é um modelo preventivo que envolve a criança e a família, podendo agir sobre qualquer problema que afeta o desenvolvimento infantil. A EE atua quando existe uma incapacidade, uma alteração do corpo ou doença genética. Enquanto a IP intervém no contexto de vida da criança, a EE apenas intervém na própria criança.

Uma das categorias de análise previstas no guião de entrevistas era os **modelos de intervenção precoce (ver quadro 9)**, nomeadamente no que se refere ao tipo de trabalho que pode ser levado a cabo pelas equipas de IP nos contextos de vida da criança, ao apoio às transições de vida das crianças e saber qual o tipo de intervenção mais adequada, se deveria tratar-se de uma intervenção centrada na criança, na família ou na comunidade.

Quadro 9 – Que trabalho pode ser desenvolvido no contexto de vida da criança?

INDICADORES	ENTREVISTADOS	TOTAL
Intervir nos contextos de vida da criança (rotinas,...)	G; B; C; D; A	5
Contacto / comunicação com as famílias	F; A	2
Construção conjunta de objetivos e estratégias entre os técnicos	B; C	2
Melhorar a comunicação entre técnicos e educadoras	A; D	2
Intervir em todas as idades	E	1
Aliar a educação e a saúde	E	1
Evitar auto demissão familiar do processo educativo	F	1
Capacitar a família	B	1
Conhecer todos os contextos de vida da família	A	1
Capacitar os técnicos para a intervenção com a família	C	1

Relativamente a esta questão, verificou-se que, apesar de não haver unanimidade quanto ao modelo de intervenção mais adequado, cinco dos docentes entrevistados consideram *prioritário intervir nos contextos de vida da criança, nomeadamente nas suas rotinas*. Cada um destes docentes sentiu necessidade de especificar o modelo de intervenção que considera ser o mais profícuo. A intervenção nos contextos de vida da criança passa por *capacitar a família* (B, docente de mestrado de IP) e *conhecer todos os contextos de vida da família* (A, docente de mestrado de Educação Especial e IP). Para tal é necessário *estabelecer contacto/comunicação* com as mesmas (F, docente do mestrado de psicologia), para *evitar a demissão familiar no processo educativo*.

A maioria dos entrevistados releva a importância dos contextos de vida da criança no modelo de intervenção, havendo três dos docentes que colocam o enfoque da intervenção nos técnicos, referindo a importância de melhorar a comunicação entre os técnicos e as educadoras e a necessidade de os capacitar para intervir na família.

No que diz respeito às fases de transição de vida da criança, a melhoria dos modelos de IP passa pelo enriquecimento da **comunicação entre os diferentes técnicos**, para que a intervenção possa ser articulada tendo em conta a pessoa, o processo, o contexto e o tempo (**ver quadro 10**).

Quadro 10 – Como se pode apoiar as transições na vida da criança?

INDICADORES	ENTREVISTADOS	TOTAL
Comunicação entre os diferentes técnicos	G; B; C; D; A	5
Preparar antecipadamente: através de histórias, partilha de livros...	B; C; A	3
Tendo em conta a pessoa, o processo, o contexto e o tempo	E; C	2
Sensibilizar para a leitura do comportamento da criança	F	1
Solicitar a participação da família	B	1
Trabalhar no contexto de vida da criança	D	1
Confiar nas crianças e nas famílias	A	1

Relativamente ao **âmbito da intervenção (ver quadro 11)**, as opiniões tendem a aproximar-se.

Quadro 11 – Acha que a intervenção deve ser centrada na criança, família ou comunidade?

INDICADORES	ENTREVISTADOS	TOTAL
Centrada na criança, família e comunidade	G; F; D; B; A; C	6
Prioritariamente dirigida à família e à criança	E;	1
Ter em conta a idade e contexto familiar da criança	G	1
Determinar fatores de risco nos diferentes contextos	G	1

Seis docentes consideram que a intervenção deve ser centrada em três eixos: criança, família e comunidade. Apenas o docente de medicina não referiu a comunidade.

5.2. Programas das unidades curriculares

Prosseguindo o objetivo de conhecer a formação pós-graduada em IP no distrito de Lisboa, procedemos a uma recolha e análise comparativa dos planos de estudos das unidades curriculares lecionadas pelos professores entrevistados e integradas nos mestrados que foram objeto do nosso estudo. De referir que posteriormente às entrevistas e análise dos programas, sentimos a necessidade de recolher mais dados sobre as unidades curriculares e estrutura dos cursos, às quais as unidades curriculares pertenciam.

Dos cursos de graduação que fizeram parte deste estudo, analisaram-se dez unidades curriculares no domínio da intervenção precoce. Destas dez unidades, todas são teórico-práticas, embora a disciplina de *Enquadramento das práticas de IP* no âmbito dos mestrados em IP seja maioritariamente teórica, porque é cadeira de enquadramento teórico do mestrado. Noutros cursos, também vigoravam cadeiras eminentemente teóricas mas os seus docentes não participantes do estudo, não podem ser alvo de comparação.

O mestrado de Intervenção Precoce da ESELx fortemente vocacionado para a prática da Intervenção Precoce inclui várias cadeiras de avaliação e intervenção: Observação Bioecológica, Práticas de Intervenção Precoce, Psicossociologia das organizações (orientada para o trabalho das equipas), e cadeira de Vinculação e Família. Este mestrado, segundo a sua coordenadora, adota um modelo de ensino em práticas transdisciplinares entre os docentes tanto na formação como na avaliação.

Na análise dos planos das diferentes UC's, podemos concluir que as horas de contacto variam muito, sendo as UC's dos mestrados de Medicina as que têm menor número de horas de contacto (14 horas), em contraste com a UC – “Conceitos fundamentais de IP”, do Mestrado em EE, no domínio de IP, da Escola Maria Ulrich que implica 100 horas de contacto.

De salientar que a UC teórica “Enquadramento das práticas de IP, do mestrado da ESELx requer 25 horas de contacto. As restantes UC’s, em análise, teórico-práticas variam entre as 30 e as 45 horas. **(ver quadro 12)**

Quadro 12 – Análise dos programas das UC's

Instituição	I.P.L. - E.S.E.	I.P.L. - E.S.E	I.S.E.C	I.S.P.A	I.S.P.A	I.S.P.A	I.S.P.A	E.S.E – Maria Ulrich	Faculdade Psicologia	Faculdade Medicina Lisboa	Faculdade Medicina Lisboa	
Nome Curso	<ul style="list-style-type: none"> Mestrado I.P. Mestrado E.E. 	<ul style="list-style-type: none"> Mestrado I.P 	<ul style="list-style-type: none"> Mestrado IP 	<ul style="list-style-type: none"> Mestrado integrado em psicologia 	<ul style="list-style-type: none"> Pós-graduação em IP na infância 	<ul style="list-style-type: none"> Pós-graduação em IP na infância 	<ul style="list-style-type: none"> Pós-graduação em IP na infância 	<ul style="list-style-type: none"> Mestrado em E.E. no domínio da IP 	<ul style="list-style-type: none"> Mestrado integrado em psicologia 	<ul style="list-style-type: none"> Mestrado integrado em medicina 	<ul style="list-style-type: none"> Mestrado integrado em medicina 	
Unidade Curricular	<ul style="list-style-type: none"> Enquadramento das práticas de IP 	<ul style="list-style-type: none"> Observação bioecológica 	<ul style="list-style-type: none"> Práticas de investigação-ação no seio de equipas de IP 	<ul style="list-style-type: none"> Modelos e estratégias de avaliação e intervenção precoce 	<ul style="list-style-type: none"> Evolução dos modelos conceituais e práticas em IPI e seu enquadramento legal: do enfoque da criança ao enfoque na família 	<ul style="list-style-type: none"> Estratégias de individualização e promoção de competências: a construção de PEI e PIIP de qualidade 	<ul style="list-style-type: none"> Conceitos fundamentais em IP 	<ul style="list-style-type: none"> Relacionamento precoce prevenção de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> Introdução à medicina da criança e da família 	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolvimento infantil e educação 		
Tipo de U.C.	<ul style="list-style-type: none"> Teórica 	<ul style="list-style-type: none"> Teórico-prática 	<ul style="list-style-type: none"> Teórico-prática 	<ul style="list-style-type: none"> Teórico-prática 	<ul style="list-style-type: none"> Teórico-prática 	<ul style="list-style-type: none"> Teórico-prática 	<ul style="list-style-type: none"> Teórico-prática 	<ul style="list-style-type: none"> Teórico-prática 	<ul style="list-style-type: none"> Não discriminado 	<ul style="list-style-type: none"> Não discriminado 	<ul style="list-style-type: none"> Teórico-prática 	
Horas de contacto	<ul style="list-style-type: none"> 25 	<ul style="list-style-type: none"> 45 	<ul style="list-style-type: none"> 45 	<ul style="list-style-type: none"> Não discriminado 	<ul style="list-style-type: none"> 32 	<ul style="list-style-type: none"> 32 	<ul style="list-style-type: none"> 100 	<ul style="list-style-type: none"> Não discriminado 	<ul style="list-style-type: none"> Não discriminado 	<ul style="list-style-type: none"> 14 	<ul style="list-style-type: none"> 14 	
Créditos	<ul style="list-style-type: none"> 5 	<ul style="list-style-type: none"> 15 	<ul style="list-style-type: none"> 10 	<ul style="list-style-type: none"> 3 	<ul style="list-style-type: none"> 7,5 	<ul style="list-style-type: none"> 7,5 	<ul style="list-style-type: none"> 4 	<ul style="list-style-type: none"> Não discriminado 	<ul style="list-style-type: none"> Não discriminado 	<ul style="list-style-type: none"> Não discriminado 	<ul style="list-style-type: none"> Não discriminado 	
Objetivos / Competências a adquirir	<ul style="list-style-type: none"> Familiarizar os formandos com : <ul style="list-style-type: none"> Os avanços na história da IP O percurso da IP em Portugal 	<ul style="list-style-type: none"> Promover competências de: <ul style="list-style-type: none"> Avaliação do desenvolvimento infantil Trabalho em equipas transdisciplinares Utilização de dados recolhidos em planos de intervenção 	<ul style="list-style-type: none"> Conceber um projeto de investigação-ação Avaliar programas de IP 	<ul style="list-style-type: none"> Aprofundar o estudo do modelo ecológico e transaccional Analisar evolução de conceitos e práticas em IP Avaliar competências e necessidades de crianças com n.e.e. e suas famílias Avaliar o desenvolvimento e características da interação mãe-criança Elaborar um plano de avaliação e intervenção Conhecer aspetos legais e organizativos da IP em Portugal 	<ul style="list-style-type: none"> Promover o conhecimento das perspetivas sobre o desenvolvimento humano Conhecer os principais modelos e abordagens da IP Conhecimento das perspetivas e práticas recomendadas em IP Conhecer a situação da IP em Portugal 	<ul style="list-style-type: none"> Promover competências que permitam, através de entrevistas baseadas na rotina e CIF-CJ formular objetivos de qualidade no âmbito dos PEI e PIIP 	<ul style="list-style-type: none"> Conceitos e modelos organizacionais em IP Sua evolução ao longo do tempo Pretende-se que os formandos se questionem sobre as suas perceções, sentimentos, valores, papéis, comportamentos, e práticas interações 	<ul style="list-style-type: none"> Estimular o interesse pela temática da relação precoce mãe-filho Psicologia da gravidez Situações de risco enfrentadas pelas mães e recém-nascidos Avaliação psicológica dos recém-nascidos e observação da interação precoce mãe-bebé Vinculação após o nascimento 	<ul style="list-style-type: none"> Não discriminado 	<ul style="list-style-type: none"> Não discriminado 	<ul style="list-style-type: none"> Não discriminado 	<ul style="list-style-type: none"> Não discriminado

Ensino da Intervenção Precoce no ensino superior e representações dos seus docentes

<p>Conteúdos</p> <ul style="list-style-type: none"> Modelos de desenvolvimento humano e resultados dos programas de IP Marcos históricos de IP em Portugal Noções de Empowerment e Enabling Agir cedo, na família e na comunidade Avaliação das metas de IP em Portugal 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação do desenvolvimento infantil Avaliação dos objetivos, forças, necessidades, recursos e organização da família Avaliação da qualidade dos contextos de vida da criança Avaliação dos recursos disponíveis nas redes formais e informais da comunidade Avaliação da integração da família na comunidade 	<ul style="list-style-type: none"> Investigação- ação Avaliação de programas de IP Dificuldades e desafios inerentes à avaliação de programas em IP Delineamento de projetos de investigação relacionados com a avaliação de programas de IP 	<ul style="list-style-type: none"> Modelo ecológico e transaccional Práticas recomendadas na intervenção centrada na família e instrumentos para avaliação Adaptação materna e interação mãe-bebé Avaliação de competências e necessidades das crianças e famílias Planeamento da intervenção 	<ul style="list-style-type: none"> Perspetivas atuais sobre desenvolvimento humano Modelo transaccional ecológico e biopsicossocial Modelo de desenvolvimento de sistemas para IP Modelo para IP a apoio à família Intervenção centrada na família Definição, natureza e objetivos IP, sua evolução Práticas recomendadas IP em Portugal 	<ul style="list-style-type: none"> Como aprendem as crianças Ecomapa Entrevista baseada nas rotinas Classificação pela CIF Análise e discussão de objetivos 	<ul style="list-style-type: none"> Conceito de IP, sua evolução e estado da arte Modelo transaccional do desenvolvimento humano Modelo de apoio centrado na família Avaliação em IP Intervenção centrada na família Aspectos organizacionais e dinâmica das equipas de IP Competências pessoais em IP 	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolvimento psicológico durante a gravidez (G) Etiologia psicossomática das perturbações clínicas da G Influência do funcionamento psicológico no trabalho de parto Puerpério A G e a maternidade na adolescência O parto prematuro e intervenção psicológica com as diades depressivas Comportamentos aditivos na G Observação clínica do recém-nascido Observação laboratorial e naturalista da interação mãe-filho Discussão da vinculação 	<ul style="list-style-type: none"> Demografia da saúde infantil em Portugal e no mundo A história da criança através dos direitos O conceito de touchpoints Dilemas éticos em pediatria Programa nacional de saúde infantil Conceito de vulnerabilidade e resiliência Postura preventiva A criança e o risco A criança, os serviços de saúde e a humanização dos cuidados: Perspetivas dos diferentes técnicos 	<ul style="list-style-type: none"> Conceito Touchpoints Princípios pressupostos dos Touchpoints Touchpoints referenciais Educação parental e familiar Exemplaridade clínica A adolescência de Técnicas de entrevista IP e serviços de educação Saúde escolar
<p>Métodos de ensino</p> <ul style="list-style-type: none"> Teórica Debates Exercícios 	<ul style="list-style-type: none"> Teórica Teórico-prática Trabalho de campo Trabalho individual Trabalho em grupo 	<ul style="list-style-type: none"> Teórico-prática Debates Trabalho individual Trabalho de grupo 	<ul style="list-style-type: none"> Teórico-prática Debates Trabalhos de grupo 	<ul style="list-style-type: none"> Teórico-prática Debates Trabalho em grupo Trabalho individual Exercícios 	<ul style="list-style-type: none"> Teórico-prática Trabalho de campo Debates Trabalhos individuais Trabalhos de grupo 	<ul style="list-style-type: none"> Teórico-prática Trabalho de campo Seminários Construção de portfólio 	<ul style="list-style-type: none"> Teórico-prática Debates Trabalhos individuais 	<ul style="list-style-type: none"> Debates Trabalho de grupo Trabalho de campo 	<ul style="list-style-type: none"> Teórico-prática Debates Trabalho de campo

Os créditos obtidos em cada UC também variam de curso para curso, sendo que as UC's dos mestrados integrados de Medicina não discriminam os créditos obtidos. Nos restantes cursos, os créditos obtidos variam entre os 3 e os 10 créditos. É interessante verificar que não são as UC's que exigem mais horas de contacto as que permitem obter mais créditos. É exemplo disso mesmo a UC “ Conceitos fundamentais em IP” do mestrado em EE, da ESE Maria Ulrich que prevê 100 horas de contacto e permite obter 3 créditos, enquanto no ISEC, a UC “ Práticas de Investigação-Ação no seio das equipas de IP” do mestrado de IP, concede 10 créditos e prevê 45 horas de contacto.

Na UC “Enquadramento das práticas de IP”, da ESE, comum aos mestrados de EE e IP, prevê o estudo sobre dos princípios de atuação em IP partindo do percurso da IP Internacional e Nacional e, especialmente, dos dados empíricos que suportam as práticas de IP. Igualmente, são analisados os modelos teóricos e o contexto das práticas nacionais. As UC's teórico-práticas, de “Observação bioecológica”, da ESE-IPL, e “Modelos e estratégias de avaliação e intervenção precoce”, do ISPA apresentam objetivos comuns.

A avaliação das intervenções mãe/criança é comum ao mestrado integrado de psicologia da Faculdade de Psicologia de Lisboa, do ISPA e do mestrado de IP na ESELx.

A vertente mais prática das UC's voltadas para a intervenção, quer através da criação de planos de intervenção quer através da avaliação dos programas de IP, são comuns a várias UC's de diferentes cursos, nomeadamente nas UC's “Observação bio ecológica”, “Praticas de Intervenção Precoce”, “Vinculação e Família”, “Psicossociologia das Organizações”, “Desenvolvimento, Aprendizagem e Currículo” da ESE, “Práticas de Investigação – ação no seio de equipas de intervenção precoce”, do ISEC, “Modelos e estratégias de avaliação e IP”, do ISPA e “Estratégias de Individualização e Promoção de Competências”, da pós-graduação do ISPA.

Com base na necessidade de verificar a existência ou não de uma linha condutora comum que dê coesão às diferentes formações dos técnicos de IP,

procedemos a uma breve análise dos conteúdos das diferentes UC's e podemos concluir que os mesmos diferem muito. As UC's integradas nos mestrados de Medicina são vocacionadas para a intervenção clínica. Os mestrados em IP e EE da ESELx-IPL, ISPA e da ESE - Maria Ulrich contemplam nos seus conteúdos de várias áreas do conhecimento (saúde, educação e ação social). Como denominador comum, verificamos que a generalidade dos cursos/UC's integram uma perspetiva sistémica e ecológica do desenvolvimento; e transacional das interações embora práticas com aplicações distintas. Com base na análise das entrevistas e recolha de dados, verificámos que três cursos (ESELx, ESE - Maria Ulrich e Faculdade de Medicina de Lisboa) apresentam o modelo Touchpoints como ferramenta para o trabalho com a família.

Para concluir a análise dos planos das UC's dos diferentes cursos, incluem bibliografia bastante diversa. Importa, contudo, salientar que as UCs analisadas são também em âmbitos diversos: enquadramento teórico das práticas, na área da observação, na área da intervenção, no trabalho com as famílias e ao nível dos relacionamentos, metodologias de investigação e, por fim, no trabalho em equipa. Ora, era de esperar que face a esta diversidade os títulos escolhidos fossem diferentes. Em futuros estudos, importará melhorar as linhas comparativas das UCs e seleccioná-las por áreas de atuação facilitando a devida comparação.

5.3. Síntese comparativa

A análise dos planos de estudo e dos programas das unidades curriculares dos sete cursos estudados permitiu-nos concluir que todos os cursos colocam ênfase na componente teórica que permite adquirir conhecimentos sobre: a história e percurso da IP, os modelos e práticas recomendadas, mas também na vertente prática que prepara o técnico para avaliar as competências e as necessidades das crianças e suas famílias e formular objetivos de qualidade no âmbito do PEI e PIIP.

Numa análise comparativa, os resultados mostram que há aspetos comuns que são valorizados, tais como o envolvimento parental ativo, referido pelos entrevistados como indispensável, assim como pelos autores propostos na bibliografia. De um modo geral, consideram que a participação dos pais nos processos de avaliação, planificação e intervenção são fundamentais.

O mestrado integrado em medicina valoriza sobretudo as questões da saúde mas não deixa de preparar os técnicos para uma prática ancorada em modelos tendencialmente transdisciplinares.

Os métodos de ensino valorizam as discussões em grupo e o trabalho de campo, o que prepara os técnicos para o trabalho em equipa, vocacionado para o terreno.

A bibliografia recomendada pelos diversos cursos, e que, em boa verdade, também serviu de suporte teórico para este trabalho, é comum a vários mestrados e valoriza, sobretudo os conceitos e práticas em IP, a perspetiva ecológica do desenvolvimento, as práticas recomendadas, os modelos de intervenção, o envolvimento parental e da comunidade.

Na apresentação dos resultados das entrevistas, foi possível verificar que, independentemente de um ou outro aspeto mais individualizado pelos entrevistados, emanou uma preocupação com estes pressupostos teóricos presentes nos conteúdos programáticos das várias unidades curriculares.

Capítulo IV – Discussão dos resultados

Segundo os docentes entrevistados é necessário impulsionar a prevenção, generalizar os programas de IP, aprofundar os modelos de intervenção e o trabalho das equipas, para um modelo tendencialmente transdisciplinar.

Podemos verificar na análise das entrevistas que existem algumas diferenças de opinião entre os entrevistados, mas, no essencial, há uma convergência de perspetivas teóricas. Entendemos que os resultados das entrevistas e da análise documental, evidenciaram que a formação superior dos técnicos de IP valoriza um conceito de IP assente prioritariamente na prevenção junto da criança e sua família, com vista ao desenvolvimento da criança e ao seu bem-estar e também no risco já estabelecido.

Para os entrevistados, os destinatários da IP são as crianças em risco de desenvolvimento e com incapacidades já expressas, entre os 0 e os 6 anos. Três docentes consideraram que a intervenção deveria ocorrer preferencialmente na faixa até aos três anos, como previsto no despacho conjunto 1999. Dos três anos aos seis a IP já se sobrepõe com a Educação Especial. Esta relação intrínseca entre a Educação Especial e a Intervenção Precoce foi, aliás, uma questão colocada aos entrevistados, que as consideraram claramente intervenções diferentes, sendo que a IP debruça-se sobre tudo o que afeta o desenvolvimento infantil, enquanto que a EE é quando existe já uma incapacidade. Dois docentes consideraram que a IP e a EE por vezes se sobrepõem. Talvez esta aparente sobreposição esteja ligada à questão do público-alvo e dos critérios de elegibilidade. Para a maioria dos docentes o conceito de IP é associado à prevenção, remediação e educação especial, e não somente a remediação. Com efeito, a literatura define a IP como um conjunto de esforços que têm como objetivo apoiar dificuldades já existentes ou que se preveem vir a existir nas crianças durante os primeiros trinta e seis meses, utilizando intervenções terapêuticas ou educacionais (Bricker, Bailey & Bruder, 1984).

Relativamente às equipas de IP, os entrevistados são unânimes em privilegiar os técnicos de saúde, de educação e de serviço social, bem como a importância da comunidade nas transições de vida da criança, o que aponta claramente para um modelo tendencialmente transdisciplinar. A intervenção baseia-se na colaboração e incide na integração e coordenação de serviços e recursos, pois a diversidade de necessidades em IP encontram resposta em equipas pluridisciplinares (Widestron, 1997).

Todos os docentes defendem modelos de intervenção baseados nos contextos de vida da criança, nas suas rotinas e uma prática centrada na criança, família e comunidade.

Na sua globalidade, os resultados revelam que as representações dos docentes entrevistados inserem-se nas teorias transacional, sistémica e bioecológica.

Os docentes concordam com a importância do trabalho de equipa, a articulação de serviços, e a coordenação e integração das práticas, embora, seja clara o cunho da área de formação e de investigação dos docentes, atribuindo nalguns casos maior peso às questões da educação especial, às questões do desenvolvimento ou ao foco nas questões da vinculação e das relações na família.

Em suma, a maioria dos programas e cursos convergem nos modelos e objetivos. As diferenças registadas são, por vezes, de linguagem e de síntese da informação que se partilhada e discutida é sem dúvida enriquecedora para a formação oferecida.

Considerações finais

O presente trabalho empírico procurou, de uma forma global, dar a palavra aos responsáveis pela formação dos técnicos de IP. Estes docentes têm o papel de difundir aos profissionais ou futuros profissionais modelos de intervenção, perspectivas teóricas e familiarizá-los com a abordagem científica.

Embora os resultados desta pesquisa não possam ser generalizados (porque não foi possível entrevistar todos os responsáveis pela formação em Lisboa e não satisfeitos os critérios de amostragem), evidenciou-se que a nível da formação inicial das áreas da saúde, educação e psicologia há conteúdos comuns mantendo-se, contudo, a especificidade de cada área disciplinar. Ficou claro, através das entrevistas, que as representações dos docentes responsáveis pelos mestrados em estudo, refletem as preocupações com uma prática em evolução e que, com ênfase na prevenção, numa prática articulada com a criança, família e comunidade, valorizando a transdisciplinaridade das equipas, num modelo de coordenação e organização de recursos que se ajuste aos contextos naturais e rotinas da criança.

No que respeita à IP em Portugal, muitas equipas apresentam um trabalho de notável qualidade, desenvolvemos alguma investigação nesta área (e.g., Bairrão 2002) e a formação superior foi elogiada na documentação europeia (European Agency for Development in Special Needs Education, 2005). No nosso estudo podemos verificar a atualização dos docentes entrevistados, associada também às suas áreas de investigação e à sua elevada formação académica (todos doutorados). Em futuros estudos será interessante perceber o nível de cooperação entre os responsáveis dos diferentes cursos em atividades de formação, comunicação, atividades académicas e investigação bem como analisar a estrutura, organização e métodos dos vários cursos (não nos centrando, apenas, nas unidades curriculares que dão uma visão somente parcial da formação ministrada).

As instituições de ensino superior deverão continuar a estimular os estudantes a tornarem-se aprendizes ao longo da vida, fomentando o interesse em que

estes, enquanto técnicos, adquiram conhecimentos e competências para pesquisar sobre resultados dos programas de IP, fatores de risco, diagnóstico precoce, encaminhamento especializado e a eficácia de prevenção. É fundamental que se mantenha uma cooperação efetiva entre os investigadores e os profissionais no terreno, de modo a que os estudos académicos se debrucem em questões que emergem das práticas e que os resultados da investigação sejam devolvidos ao terreno, para que os técnicos revejam e melhorem as práticas (Fuertes, 2009).

Bibliografia

Almeida, I. C. (1997). Perspetiva ecológica em intervenção precoce. *Cadernos do CEACF*, 13/14, 29-40.

Almeida, I. C. (2000a). A importância da intervenção precoce no atual contexto socioeducativo. *Cadernos do CEACF*, 15/16, 55-74.

Almeida, I. C. (2000b). Evolução das teorias e modelos de intervenção precoce – caracterização de uma prática de qualidade. *Cadernos do CEACF*, 15 e 16: 29-46.

Almeida, I. C. (2002). Intervenção precoce: Breve reflexão sobre a realidade atual. *Revista do GEDEI*, 5, 130-143.

Almeida, I. C. (2004) Intervenção precoce: Focada na criança ou centrada na família e na comunidade? *Análise Psicológica*, 1 (XXII): 65-72.

Almeida, I. C., Felgueiras, I. & Pimentel, J. (1997). Estudo avaliativo da implementação do programa Portage em Portugal – Breve Síntese. *Cadernos do CEACF*, 13/14, 67-78.

Almeida, I. C. A intervenção centrada na família e na comunidade: O hiato entre as evidências e as práticas. *Análise Psicológica*, (2011),1 (XXIX): 5-25.

Associação Portuguesa de Psicologia (2009) *Psicologia – contextos educativos e desenvolvimento: visão e obra de Joaquim Bairrão*. Lisboa. Edições Colibri.

Bailey D. & Wolery M. (2000). *Teaching Infants and Preschoolers with Disabilities*. New York: Merrill Publishing Company.

Bairrão, J. (1992). A Perspetiva Ecológica em Psicologia da Educação. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 8, 57-68.

Bairrão J. (1994). A Perspetiva Ecológica na Avaliação de Crianças com Necessidades Educativas Especiais e suas Famílias: o caso da intervenção precoce, *Inovação*, 7, 37-48.

Bairrão, J., & Almeida, I. C. (2002). Contributos para o estudo das práticas de intervenção precoce em Portugal. Lisboa: Ministério da Educação, Departamento da Educação Básica, 11-25.

Bairrão, J., & Almeida, I. C. (2003). Questões atuais em intervenção precoce. *Psicologia*, 17 (1), 15-29.

Bairrão J. (2006). Mayday, Mayday in *Jornal das Letras*, 22 Nov. – 5 Dez. 8-9.

Bairrão J. (2007). Parecer sobre o Despacho 891/99 e a Intervenção Precoce em Portugal. Recuperado em 4 de Dezembro de 2010.

http://www.fmh.utl.pt/feei/docs/despacho_891.pdf.

Bardin, L. (2007). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Barnard, K. (1995). A descoberta do bebé. In Gomes-Pedro J. e Patrício M. F. (Coordenador). *Bebé XXI – Criança e família na viragem do século – Textos do Simpósio International Bebé XXI* (pp 213-225). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Belsky, J., Robins, E., & Gamble, W. (1984). The determinants of parental competence: Toward a contextual theory. In Lewis, M. (Ed.) *Beyond the dyad*. New York: Plenum press.

Benn, R. (1993). *Conceptualizing Eligibility for Early Intervention Services*. New York: The Guilford Press.

Bernstein, B. (1982) “Sociologia da Educação” - II, Lisboa: Livros Horizonte.

Bronfenbrenner, U. (1979). *Ecology of human development: Experimente by nature and design*. London: Harvard University Press.

Brown, W e Brown. C (1983) *Defining Eligibility for Yong children*. Baltimore: Paul Brooks.

Bruder, M. (2000). Family-Centered Early Intervention: Clarifying Our Values for the New Millenium. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20:2, 105-115.

Cole, M., & Cole, S. (1989) *The Development of Children*. New York: W.H.Freeman and Company.

Correia, A.J. (1998) *Para uma teoria crítica em educação. Contributos para uma recientificação do campo educativo*. Porto: Porto Editora.

Correia, L..M.. & Serrano, A.M. (1998). *Envolvimento parental em intervenção precoce*. Porto: Porto Editora.

Coulon (1995). *A Etnometodologia e educação*. Petrópolis: Vozes.

Despacho Conjunto n.º 891/99. Diário da República II série, n.º 244, de 19/10/99.

Decreto-Lei 319/91, de 23 de Agosto, regulamentado pela portaria nº 611/93 de 29 de Julho.

Decreto -Lei nº 281/2009, de 6 de Outubro de 2009.

Dunst, C.J. (1985). Rethinking early intervention. *Analysis and intervention in developmental disabilities*, 5, 165-201.

Dunst, C. J. (1995). Fatores de risco e oportunidade com influência no comportamento e desenvolvimento da criança e do agregado familiar. Palestra Apresentada no 4º Encontro de Intervenção Precoce, Coimbra. In Tese de doutoramento M^a Isabel Tegethof. Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

Dunst, C. J. (2000). Revisiting “RethinKing Early Intervention”. *Topics Early Childhood Special Education*, 20:2, 95-104.

Dunst, C. J., & Bruder, M. B. (2002). Valued outcomes of service coordination, early intervention and natural environments. *Excepcional Children*, 68 (3), 361-375.

Dunst, C. J., & Deal, A. G. (1994a). A Family-Centered Approach to Developing Individualized Family Support Plans. In C. J. Dunst, C. M. Trivette & A. G. Deal, (Eds), *Supporting and Strengthening Families – Methods, Strategies and Practices* (pp 73-88) Cambridge: Brookline Books.

Dunst, C. J., & Deal, A. G. (1994b). Needs-Based Family – Centered Interventions Practices. In C. J. Dunst, C. M. Trivette & A. G. Deal, (Eds), *Supporting and Strengthening Families – Methods, Strategies and Practices* (pp. 90-104) Cambridge: Brookline Books.

Dunst, C. J., & Trivette, C. (1988). A family Systems Model of Early Intervention With Handicapped and Developmentally At-risk Children. In D. Powell (Eds), *Parent Education as a Early Childhood Intervention – Emerging in Theory, Research, and Practice – Annual Advances in Applied Developmental Psychology*, 3 (1-31). New York: Praeger Publishers.

Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Mott, D. W. (1994). Strengths – Based Family – Centered Intervention Practices. In C. J. Dunst, C. M. Trivette & A. G. Deal, (Eds), *Supporting and Strengthening Families – Methods, Strategies and Practices* (pp. 115-131) Cambridge: Brookline Books.

Dunst, C.J. Trivette, C.M. & Jodry, W. (1997). Influences of social support on children with disabilities and their families. In M.J. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention* (pp. 499-522). Baltimore: Paul H. Brooks.

Dunst, C.J.; Leet, H. & Trivette, C.M. (1988). Family resources, personal well-being and early intervention. *Journal of Special Education*, 22, 108-116.

ECO, Umberto, *Como se faz uma tese em ciências humanas*, 10a ed. (2003), Barcarena, Editorial Presença, 1980, 235.

European Agency for Development in Special Needs Education (2005). *Intervenção Precoce na Infância. Análise de situações na europa. Aspectos-chave e recomendações. Relatório Síntese.*

Felgueiras, I; Bairrão, J.; Pimentel, J.S. (1987). O atendimento precoce de crianças na DSOIP-Modelo Portage para pais, *Cadernos DSOIP*, 11-12:57-61.

Fernandes, M. (2008). Que Intervenção Precoce? Satisfação das Famílias em Intervenção Precoce. Tese de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa: Faculdade Ciências Humanas e Sociais.

Fuertes, M. (2009). A outra face da investigação: histórias de vida e práticas de intervenção precoce. Da investigação às práticas, 89-109.

Guralnick, M. (1997). The Effectiveness of early intervention. Baltimore; Paul Brooks.

Mendes, M. A. (2001). Avaliação de programas em intervenção precoce (Monografia de Licenciatura da Área de Psicologia Educacional) Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Pimentel, J.; Correia, N. e Marcelino, S. A avaliação das práticas como contributo para a promoção da qualidade dos programas de intervenção precoce. *Análise Psicológica*, (2011),1 (XXIX): 47-65.

Pimentel, J. (1997). Um bebé diferente: Da individualidade da interação à especificidade da intervenção. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração de Pessoas com Deficiência.

Pimentel, J. S. (1999). Reflexões sobre a avaliação de programas de intervenção precoce. *Análise Psicológica*, 1 (XVII), 143-152.

Pimentel, J. S. (2004). Avaliação de programas de intervenção precoce. *Análise Psicológica* 1 (XXVII), 43-54.

Pimentel, J. (2005) Intervenção focada na família: desejo ou realidade. Lisboa: pp 7-240. Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração de Pessoas com deficiência.

Portugal, G. (2009) Ideias, projetos e inovação no mundo das infâncias. O percurso e a presença de Joaquim Bairrão. Universidade de Aveiro.

Quivy, Raymond & Van Campenhoudt, Luc. (1998) Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva.

Sameroff, A., & Fiese, B. (2000). Transactional regulation and early intervention. In S. Meisels e J. Shonkoff (Eds.), Handbook of early childhood intervention 2 ed. (pp. 119-149). New York: Cambridge University Press.

Santos, P.L. (2003). Políticas de Intervenção na Infância: situação e perspectiva da IP em Portugal in Costa, J. et al. (Orgs.). Política e gestão local de educação.

Simeonsson, R. (1991). Primary, Secondary and Tertiary Prevention in early intervention. Journal of Early Intervention. 15:124-134.

Soriano, V. (Ed.) (2005). Intervenção precoce na infância. Análise das situações na Europa, aspetos chave e recomendações. European Agency for Development in Special needs Education.

Tegethof, M. (2007). Estudos sobre a Intervenção Precoce em Portugal: ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias. Tese de Doutoramento. Universidade do Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Torres, A., (2000) Novos Elementos do Método no Estudo, 4ª ed., edições Vega.

Internet

ANIP, Associação Nacional de Intervenção Precoce: <http://www.anip.net/>

European Agency for Development in Special Needs Education:

<http://www.european-agency.org/>

Home Start, Support and Friendship for Families: <http://www.home-start.org.uk/homepage>

Instituto Nacional para a Reabilitação: <http://www.inr.pt/content/1/888/sistema-nacional-de-intervencao-precoce-na-infncia>

Sistema Nacional de Intervenção Precoce: http://www.drealg.min-edu.pt/upload/docs/dsapoe_critérios_elegibilidade.pdf e

<http://ausenda.wordpress.com/2010/11/02/snipi-sistema-nacional-de-intervencao-precoce/>

Anexos

Guião de entrevista

Exemplo de uma entrevista

Programas das unidades curriculares

Grelha de análise da bibliografia dos programas das unidades curriculares

GUIÃO DE ENTREVISTA AOS DOCENTES

Temática- As representações sobre Intervenção Precoce dos docentes do ensino superior que lecionam esta unidade curricular em diferentes cursos.

Objectivo geral- Recolher, conhecer e analisar a concepção dos docentes do ensino superior que lecionam a unidade curricular de IP sobre Intervenção Precoce

DESIGNAÇÃO DOS BLOCOS TEMÁTICOS	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	FORMULÁRIO DAS QUESTÕES
LEGITIMAÇÃO DA ENTREVISTA	<p>Legitimar a entrevista e motivar o entrevistado</p> <p>Garantir a confidencialidade</p>	<p>Dar a informação sobre este trabalho de investigação, os seus objectivos e sua metodologia explicando que se pretende inferir.</p> <p>Pedir a colaboração do entrevistado e justificar o valor da sua contribuição para o êxito do presente trabalho.</p> <p>Assegurar o carácter confidencial das informações.</p>
CONCEITO DE INTERVENÇÃO PRECOCE	<p>Averiguar o conceito de intervenção precoce do entrevistado</p>	<p>1- O que entende por Intervenção precoce? 1.1 A quem se destina? 1.2 Para que idades? 1.3 Para que tipo de problemas?</p> <p>2- Intervenção ou Prevenção?</p>
EQUIPAS DE INTERVENÇÃO PRECOCE	<p>Averiguar a opinião do entrevistado quanto ao modelo de equipas de IP</p>	<p>1- Que áreas científicas e profissionais devem estar representadas numa equipa de IP?</p> <p>2- Qual o modelo de trabalho em equipa que acha mais adequado? (multidisciplinar, interdisciplinar, transdisciplinar)</p>

<p>NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS E INTERVENÇÃO PRECOCE</p>	<p>Identificar as diferenças entre NEE e IP, para o entrevistado.</p>	<p>1- No seu entender, qual é a diferença entre educação especial e intervenção precoce?</p>
<p>MODELOS DE INTERVENÇÃO PRECOCE</p>	<p>Aferir o modelo de intervenção no contexto de vida da criança do entrevistado.</p>	<p>1- Que trabalho pode ser desenvolvido nos contextos de vida da criança? (educadoras, instituições). 2- Como se podem apoiar as transições na vida da criança? 3- Acha que a intervenção deve ser centrada na criança, família ou comunidade?</p>
<p>FINALIZAÇÃO</p>	<p>Finalizar a entrevista agradecendo e valorizando a colaboração do entrevistado para a realização deste trabalho.</p>	

Entrevistas

Professora Dra. A
Escola Superior de Educação de Lisboa
Dia 23-11-10
16h30m

Legitimação da entrevista
Apresentação
Tema da tese
Objectivos
Confidencialidade

Caracterização da unidade curricular IP

1-O que entende por Intervenção Precoce?

1.1 A quem se destina?

1.2 Para que idades?

2.Intervenção ou prevenção?

Nós temos uma legislação que regula as nossas práticas, e segundo a lei, a Intervenção Precoce é uma medida que é para a criança e a sua família, portanto não é exclusivamente centrada na criança, atenderemos (...) há respostas só na família e não necessariamente na criança.

É dos 0 aos 6 anos, mas preferencialmente dos 0 aos 3, e prevê intervenção e prevê prevenção.

Em alguns casos, só os vimos quando o problema já ocorreu, mas numa nova lógica de serviço, todos os serviços deveriam estar articulados numa resposta à criança, preventiva, portanto quando logo desde que sabe que vai aparecer uma criança, apoiar logo os pais para a prestação parental, apoiá-los para o desenvolvimento infantil.

Portanto e numa nova lógica de trabalho em equipa, trabalha-se muito no contexto da família em todos os contextos da vida da criança e trabalha-se articuladamente.

Os técnicos sabem que fazem cada um o seu trabalho, mas eles são uma equipa articulada e a resposta é a resposta da equipa é uma resposta técnica. É uma nova evolução é uma forma de trabalhar-mos.

1.3. Disse que a Intervenção Precoce destinava-se dos 0 aos 6, mas particularmente dos 0 aos 3. Em termos de intervenção e prevenção, convém frisar as duas. E em que situação? Situações já sinalizadas ou poderá ser famílias problemáticas ou que indiquem que vão ser...?

Nós dizemos que temos uma prevenção a 3 níveis, no fundo a maneira mais correcta de dizer:

A terciária - é aquela que é mais evidente quando o problema ocorre é quando temos uma deficiência, é quando uma criança foi abusada, negligenciada. Quando temos um problema é a intervenção terciária é o último nível, é aí que nós temos de intervir o mínimo possível.

Nós temos de intervir a nível secundário e primário.

A nível secundário quando o problema ainda não ocorreu, mas as condições de risco são muito fortes: há uma criança para nascer, os pais são toxicodependentes, é de prever que haja ali um

conjunto de problemas. A criança ainda não nasceu, o problema ainda não ocorreu, mas nós temos de agir, porque sabemos que as condições de risco são muito fortes.

É uma intervenção secundária (...) ou então sabemos que aquela criança vai nascer com um conjunto de problemas porque ela já durante a gestação, está a aparecer com uma alteração congénita, daí já podemos agir, os factores de risco são muito grandes

A primária é aquela que devia ser feita, e é aquela que é menos feita em Portugal de todas estas. É uma intervenção universal para todas as famílias, sempre que uma criança tiver para aparecer, sempre que houver um projecto em família para um bebé nascer. Esse tipo de intervenção.....a primária...é muito barata. Primeiro porque ela pode ser feita habitualmente pelo trabalho da educadora de infância, pelo trabalho do médico, é só informar e aconselhar, ela deve ser para todos os familiares independentemente de ter risco, ou não.

Portanto a intervenção deve ser feita a estes 3 níveis. Nós sabemos que em Portugal falhamos muito na primária, e depois temos de gastar muito mais dinheiro que os outros países na secundária e na terciária. Portanto eu acho que a intervenção tem de ser a estes três níveis.

Equipas de IP

1-Que áreas científicas e profissionais devem estar representadas numa equipa de IP?

Todas aquelas que tiverem a ver com a família e com o desenvolvimento infantil e o contexto de vida da criança.

Obviamente tudo o que é desenvolvimento infantil, todas as áreas de desenvolvimento infantil, a educação especial quando ela é necessária, por causa dos casos que não têm a ver com uma alteração do corpo ou uma deficiência, mas têm a ver com abusos e maus tratos, o serviço social quando ele é necessário, há famílias que têm carências económicas, mas há outras que não precisam de quase nenhum apoio da parte social. Há respostas médicas, portanto todos os serviços (...) em muitos casos, por exemplo, nós temos de recorrer à paróquia da zona, porque nós temos vários problemas de risco na mesma comunidade que são muito grandes, e quem tem influência, por exemplo é a igreja. Portanto é aí que eu vou, é um serviço. Sou um parceiro não é um serviço propriamente, mas é um parceiro que depende da comunidade e depende das cotas de risco.

Na Cova da Moura, por exemplo, não faz sentido intervir no João e na Maria, se calhar é intervir naquela comunidade toda. Também não faz sentido alguém ter um projecto e ir para lá fazer um projecto, o interessante é ver o que é que existe já dentro da própria comunidade, o que é que a própria comunidade é capaz de fazer e oferecer-nos para ajudar, e ajudar no que já lá está a crescer dentro.

2- Qual o modelo de trabalho em equipa que acha mais adequado?

De tudo o que tenho observado das práticas, o transdisciplinar é o melhor: um único técnico aparece à família e este tem por trás toda uma equipa que o apoia. Isso significa muito aos apoios necessários. Os nossos técnicos na maior parte dos casos não estão preparados para fazer o transdisciplinar, até porque as nossas licenciaturas não formam para este tipo de técnicos, talvez o curso da FMH, o curso de reabilitação, talvez fosse o mais próximo desse técnico que podia ser a síntese dos vários técnicos.

Até agora não temos nenhuma licenciatura que forme para esse técnico.

As educadoras de infância são outra opção para este técnico, elas têm formação mais abrangente nestas áreas, todas sem se especializar em nenhuma delas, mas então tínhamos de tirar as educadoras, acabar essa licenciatura para se especializarem neste domínio.

O transdisciplinar obriga a muito menos intervenções, muito menos dinheiro, muito menos gestão de pessoas à volta da família, a questão é como fazê-lo. Vai levar algum tempo...

O mais adequado é o transdisciplinar, mas neste momento não há condições em Portugal para fazer...

Algumas equipas que até sei onde elas estão, estão a fazê-lo muito bem e elas podem servir de modelo para outras... mas operacionalizar o modelo ao país ainda é complicado, portanto em algumas partes do país eu já ficaria contente.

Se 80% tivessem interdisciplinar e 20% daqueles que são formados, fizessem transdisciplinar, é uma meta excelente, mas mesmo aqui ainda estamos longe do nível da meta. Nós sabemos que ainda existem muitas práticas de modelo médico, que às vezes não é um médico, é um técnico que é responsável, o chefe a quem todos vão lá para ver se é esta intervenção que têm de fazer, ou aquela, mas não é propriamente o espírito de equipa. E há um membro da equipa que é no fundo o chefe daquela equipa, portanto, nós ainda estamos muitas vezes no modelo médico.

Se for para o interdisciplinar já fico contente.

Em alguns casos, e porque temos de ter tudo, temos de ter a excelência e temos que ter o transdisciplinar.

Necessidades educativas especiais e intervenção precoce

1-No seu entender qual é a diferença entre educação especial e intervenção precoce?

São coisas totalmente distintas. A educação especial é para apoiar a criança e a intervenção precoce é a criança e a sua família. A educação especial é para apoiar aquilo que nós sabemos que é uma deficiência: uma alteração do corpo, uma doença genética, um problema congénito...etc.

A IP é qualquer problema que afecte o desenvolvimento infantil, qualquer projecto; - eu agora estava a preparar uma aula para ensinar os alunos a fazerem mapas de registo das rotinas da família, eu lembrei-me de um caso que foi resolvido só por se fazer o mapa das rotinas. Então eu escrevi o que é que fazia de manhã.... explicava tudo o que fazia.

O menino tinha um problema de sono gravíssimo, uma perturbação de sono muito grave. Adormecia muito tarde, tinha de se levantar muito cedo, e tinha muita dificuldade em acompanhar as actividades da manhã na escola, era uma situação já muito grave.

Foi avaliado pelos médicos e não havia nada que justificasse aquilo, só por olhar para as rotinas da família, percebemos que a mãe embora fosse uma funcionária pública, ao fim do dia fazia bolos para vender para pastelarias, e então, depois do jantar feito, às 9h ela começava a fazer bolos.

O filho vinha brincar e a quantidade de chocolate preto que ele comia à noite era o referente a 2 bicas, por isso ele não dormia e portanto daí o problema de desenvolvimento.

A educação especial porque tem outra forma de funcionamento, dificilmente daria com isto. Não está no cenário de vida da criança, não está nas rotinas, não está.....

Às vezes é um parafuso que está fora do lugar e esta lógica é uma lógica de funcionamento diferente. A educação especial tem de ser um serviço dentro da IP, e que a IP vai buscar quando precisa, conforme as necessidades da família.

Em Portugal as coisas ainda têm que evoluir um bocadinho para este modelo, a educação especial e a IP nem sempre estão lá muito bem articuladas e muitas vezes o que as equipas fazem (...) está lá a educação especial, então para não entrar em conflitos de trabalho com os colegas, nós não entramos, mas muitas vezes isso é um problema muito grave porque uma coisa que nós temos de ordem biológica, depende da ambiental, e a ambiental também afecta o biológico. Nós não podemos ter uma concepção separada, mas neste momento as práticas de educação especial são centradas na criança, outras são centradas na família, umas têm uma equipa por trás, outras só têm um técnico, um ou três técnicos, e algumas práticas da educação especial ainda são retirar a criança da sala para ir fazer ao lado e voltar a pôr.

A equipa de IP tem de ser no mesmo contexto de vida da criança, portanto se ela está na escola, é a escola, a educadora, que muitas vezes, não têm, sequer bem a noção do que é que o educador do apoio educativo está a fazer 2h de manhã, 3 vezes por semana, sabe que ele não está na sala de manhã, não sabe mais do que isso.

Isto não pode acontecer independentemente da resposta, nunca poderia acontecer estas..... situações.

Têm que se aproximar os modelos...

Têm que se aproximar as práticas...

Modelos de IP

1-Que trabalho pode ser desenvolvido nos contextos de vida da criança?

Eu acho que depende da avaliação. Nós fazemos a avaliação do caso e vamos tentar conhecer a família, tentar ir ao sítio onde a criança vive, dorme e come, ver o que se passa “cheirar” o ambiente da vida da criança.

A nível de IP, no caso de educadora, a educadora não vai a casa...

Não vai a casa, mas os técnicos de IP têm de comunicar com a educadora sobre o que viu, o que ouviu, o que se passou, o tal dito trabalho de equipa. Há um técnico que vai a casa, em geral são os psicólogos que estão a ir e os enfermeiros, eles vão a casa recolher a informação e depois pedem à família para registar o que se passa no seu dia-a-dia, as suas rotinas, depois a escola, saber o que se está a passar na escola, como é que ele funciona na escola.

Só por isto nós estamos a saber se existem 2 “melões”, às vezes o Joãozinho em casa não come a sopa, faz birra e o Joãozinho da educadora “não, ele aqui come tudo, não faz nada, não sei do que você está a falar”

Para já, perceber como é que a criança funciona em contextos diferentes, quais são as diferenças, as contradições destes contextos, em todos os contextos da família, amigos, primos, a avó.

Às vezes temos contrapoderes dentro da família, basta que a avó não se sinta suficientemente apreciada pela família para ser um contrapoder perigoso, às vezes dão conta do funcionamento de uma família.

Portanto temos de conhecer bem os diferentes contextos, como é que eles vivem, em que medida é que eles se aplicam, em que medida é que eles são antagónicos e depois juntar os vários

técnicos: educador, psicólogo, todas as pessoas da família e sentarmo-nos à mesa par tentar construir o puzzle e descobris muitas vezes onde é que está o parafuso fora do lugar.

Às vezes são muitos.

2-Como se podem apoiar as transições na vida da criança?

Isso tem a ver com a comunicação, sempre que há transições tem que haver comunicação e também tem de haver (...) às vezes os profissionais não estão suficientemente sensibilizados para a importância das transições.

É tão simples quanto isso. As férias... uma criança que acaba de entrar na creche é extremamente complicado muitas vezes vir de casa onde ele confiava, onde ele era único, onde tinha o seu espaço e de repente entra na creche. Os miúdos só se adaptam lá para Dezembro. Em Dezembro já está tudo ótimo, mas há miúdos que choram até Dezembro e depois de repente há as férias do Natal, vão outra vez embora, isto é uma transição difícil para os miúdos, em Janeiro voltam outra vez. Não é que eles comecem a adaptação do zero, mas é que volta novamente o desafio, e mais, quando a pessoa que estava com eles vai embora, posso ou não confiar na outra que vem. Quando é que ela também se vai embora, outra vez?

É uma violação de confiança da criança porque a criança não sabe que existem férias. Portanto o próprio educador em IP, tem de, antes de mais, começar a formar as pessoas que estão no terreno a fazer o seu trabalho tal como a intervenção primária. Será que a maior das educadoras começam a semana, 15 dias antes, a falar das férias em vez de fazer tantas coisas sobre o Natal, fazer algumas coisas sobre essa pausa, o que se vai ver? Explicar, histórias, actividades, e a criança quando vai para casa já sabe que vai haver uma interrupção mas depois retomamos. Ela foi preparada para isso, muitas vezes isso não acontece.

Mais grave às vezes em creches privadas, não se diz aos pais que a educadora vai de férias, inventa-se que esteve doente, ou mais grave, nem a família, nem as crianças puderam preparar-se para isso e de repente a educadora desaparece 3 semanas, isto não é raro. Portanto ao menos sabermos quando elas estão ou não estão. Isto mina a confiança e torna as transições difíceis, as transições só têm de ser, ao contrário do que as pessoas pensam, se nós explicarmos aos miúdos e eles souberem para o que vão, eles têm recursos internos para se regularem, nós temos é de fazer esse trabalho preparatório e depois é confiar neles que eles são muito concorrentes, são concorrentes para tudo.

3-Acha que a intervenção deve ser centrada na criança, família ou comunidade?

Só na criança é muito pouco, às vezes há casas em que o problema está dependente em qualquer coisa que se passa com a criança, às vezes numa medicação, ou outra coisa qualquer, imagine uma asma, não precisa assim de grandes coisas, mas por exemplo uma coisinha já ao lado, como a obesidade infantil, raramente é problema só da criança, às vezes é dos hábitos alimentares da família.... E estamos a falar de uma situação em que há um problema, é de família, toda a situação é da família e depois temos os casos em que todo o bairro está sob factor de risco, então não vale a pena pensar (...) temos de deixar de pensar na intervenção nestes casos, em casos específicos, aí é criar programas para aquela comunidade. Portanto a nossa lógica deve ser a lógica do problema e não a lógica estanque do modelo que temos na cabeça, temos que adaptar porque há certos casos em que as famílias, naturalmente, não precisam de nada e nós também não podemos forçar só porque a lei diz criança e família.

“então diga lá o que é que precisa?” ... eu estou bem, preciso é de....

Às vezes passamos de 8 para 80 portanto.... e conforme os casos, agora não podemos é dizer “ Só sei trabalhar com crianças” ou “ só sei trabalhar com família”..

Há casos/problemas em que não conseguimos chegar às famílias, eu sou educadora e tenho casos em que não conheço a família directa é um primo, vizinha.. que vem trazer e buscar a criança...nestes casos nós passamos a “bola” logo para a equipa de IP”

Aí tem de ser, sempre que possível, deveria ser a educadora a tentar esclarecer tudo com a família...

A família também omite muita coisa porque sabe que por vezes ia ficar mal vista...

Nas práticas de IP os primeiros meses em que nos relacionamos com a família, as primeiras entrevistas, nós utilizamos só como referência para fazer o ponto de partida, nós sabemos que metade do que está a ser dito ou não é verdade ou está a ser omitido de tal forma a informação relevante, é só mesmo para estabelecer o relacionamento.

E portanto nós não nos preocupamos muito com isso, vamos dar tempo ao tempo e depois vimos o que é que dá.

O que o profissional de IP tem que o educador não tem, é enquanto que o educador tem sempre muito cuidado para não estragar aquela relação, o profissional de IP tem mais tempo, vai intervir, vai chatear e o educador tem uma “banda” mais curta para fazer um conjunto de coisas, o técnico de IP se entende que diz uma coisa mais dura, pode dizer, desde que saiba exactamente o que vai fazer e quando vai fazer.

O educador não pode fazer isso.

Há alguns casos que o mediador tem de ser a pessoa da IP, mas depois de fazer a reunião entre a educadora, o médico, ou o psicólogo e a família e depois de os pôr a trabalhar, o mais possível a IP tem de se retirar, as pessoas têm de (...) Quer dizer se tiver problemas com o meu marido alguém pode vir dizer “tens de conversar com ele”, mas depois ele é que tem de se entender comigo e eu com ele, não é outra pessoa que vai fazê-lo.

Portanto é o mesmo, estas pessoas que importam na vida da criança não são da equipa de IP, é o educador que é uma figura afectiva, relevante, é a família, é a família alargada, é quem fica a participar da família, portanto a equipa de IP pode por todos as comunicar e arranjar estruturas de trabalho conjunto, mas depois assim que possível devem ir à vida deles..

Mas sempre a vigiar...

Sim é sempre um apoio de retaguarda

Obrigada



INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

Escola Superior de Educação

MESTRADO EM INTERVENÇÃO PRECOCE E E.E.

Ano lectivo 2010/2011

Unidade Curricular	Enquadramento das Práticas de Intervenção Precoce
Docentes Responsáveis	
Tipo de UC	Teórica
Semestre	1º Semestre
Horas de contacto	25
Créditos ECTS	5
Objectivos/ /Competências	<p>A disciplina de <i>Enquadramento das práticas de Intervenção Precoce</i> visa familiarizar os mestrandos com:</p> <ul style="list-style-type: none">- os avanços na história da intervenção precoce (tendo como ponto de partida os resultados dos primeiros programas de educação compensatória até aos recentes estudos sobre os programas de intervenção centrada na família e incluindo os vários movimentos legislativos internacionais) em articulação com os modelos do desenvolvimento humano (perspectiva bio-ecológica, transaccional e sistémica) e com os modelos de risco e de resiliência no desenvolvimento;- e o percurso da intervenção precoce em Portugal (legislação e trabalho desenvolvido pelas equipas).
Conteúdos Programáticos	<p>1. Enquadramento das práticas de Intervenção Precoce:</p> <ul style="list-style-type: none">- Modelos de desenvolvimento humano e resultados dos programas de intervenção Precoce;- Marcos históricos e movimentos legislativos;- Intervenção Precoce em Portugal: legislação, equipas, associações e avaliação de resultados. <p>2. Elementos Chave da Intervenção Precoce:</p> <ul style="list-style-type: none">- Noções de <i>empowerment</i> e <i>enabling</i>;- Agir cedo, agir na família e agir na comunidade;- Quanto custa versus quanto compensa a IP?
Metodologia de ensino	Exposição teórica; observação e discussão de casos participada; exercícios de síntese entre os modelos conceptuais e a intervenção.

Metodologia de avaliação

- Avaliação sumativa: Teste escrito (70%).
- Avaliação contínua, implicando uma participação activa na dinâmica das aulas - através de preparação de leituras previamente indicadas, participação construtiva e fundamentada nas aulas ou da realização com zelo os exercícios propostos na aulas (30%).

Bibliografia (* leitura obrigatória)

- *Almeida, I. C. (2004). Intervenção precoce: Focada na criança ou centrada na família e na comunidade? *Análise Psicológica*, 22(1), 43-54.
- Bailey, D. B., & Simeonsson, R. J. (1988). *Family assessment in early intervention*. Columbus: Merrill Publishing.
- *Bairrão, J (Coord.) (2005), *Desenvolvimento: Contextos Familiares e Educativos*. Porto: Livpsic.
- *Bairrão, J., & Almeida, I. C. (2003). Questões actuais em intervenção precoce. *Psicologia*, 17, 1, 15-29.
- Berlin, L. et al. (2005). *Enhancing Early Attachments - Theory, Research, and Intervention*. NY: Guilford.
- *Brazelton, T.B. & Greenspan, S. (2006). *A Criança e o Seu Mundo Requisitos Essenciais para o Crescimento e Aprendizagem*. Lisboa: Editorial Presença.
- *Breia, G., Almeida, I., & Colôa, J. (2004). *Conceitos e Práticas em Intervenção Precoce*. Lisboa: Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular, Direcção de Serviços da Educação Especial e do Apoio Sócio-Educativo.
- Briggs (1997). *Building Early Intervention Teams: Working Together for Children and Families*. London: PRO-ED, Incorporated.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P.A. (1998), *The Ecology of Developmental Processes*. In W. Damon (Series Ed.) & R.M. Lerner (Vol. Ed.) *Handbook of Child Psychology: vol 1: Theoretical Models of Human Development* (5th ed., pp. 993-1028). NY: Wiley.
- *Chaves de Almeida, I, (2004). Intervenção precoce: Focada na criança ou centrada na família e na comunidade? *Análise Psicológica*, 22, 1, 43-54.
- *Decreto-lei nº281/2009 (DR, I série, nº 193) para a criação do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI).
- *Despacho Conjunto N ° 891/99. Diário da República. II Série, nº 244 de 19-10-99.
- Feldman, M. (2004). *Early Intervention - The Essential Reading*. USA: Blackwell Publishing.
- Fuertes, M. (2009). *A outra face da investigação: histórias de vida* (in press).
- Fuertes, M. (2006). *Práticas de Intervenção Precoce: Análise Comparativa entre a Realidade Portuguesa e a Experiência do Reino Unido*, *Revista de Educação e Ciência*: Alameda, 2, pp. 32-35.
- Guralnick, M. J. (Ed.). (2005). *A developmental systems approach to early intervention*. Baltimore: Brookes.
- Lerner, R. (Ed, 2006). *Handbook of Child Psychology. (Vol I: Theoretical Models of Human Development)*. New Jersey: Willey.
- Meisels, S. & Shonkoff, J. (2000; 2009 Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp. 135-159). Cambridge: Cambridge University Press.
- *OCDE, (2009). *Doing Better for Children*. www.oecd.org/els/social/childwellbeing.

*Portugal, G. (2009). *Que melhor respeito por sua memória senão levar o seu testemunho por diante, mantendo a chama acesa na luta por uma infância mais justa e feliz na sociedade portuguesa de hoje?* In Gabriela Portugal (coord.) *Ideias, projectos e inovação no mundo das infâncias - o percurso e a presença de Joaquim Bairrão* (pp. 275-284).

Sameroff, A. J., & Chandler, M. J. (1975). *Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty* (pp. 187-244). In F. D. Horowitz; M. Hetherington; S. Scarr, Salapatek; G. Siegel (Eds.). *Review of child development research*, vol. 4. Chicago: University of Chicago Press.

Sameroff A.J. & Fiese B.H. (2000). *Transactional Regulation: The Developmental Ecology of Early Intervention*. In J.P. Shonkoff & S.J. Meisels. *Handbook of Early intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.

*Serpa Pimentel, J., (2004). *Avaliação de programas de intervenção precoce. Análise Psicológica*, 22, 1, 65-72.

Spodek, B. (org.) (2002). *Manual de investigação em educação de infância*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

*Vasconcelos, T. (2006). *Children's Spaces as Sites for Ethical Practices: A "School-as-a-Tree" in an economically impoverished neighborhood*. *International Journal of Early Years Education*, 14, 2:169-182



INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
Escola Superior de Educação
Mestrado em Intervenção Precoce

Unidade Curricular:

Responsável

Professore(s)

Pré-Requisitos

Obrigatório/ Opcional

Obrigatória

Tipo Disciplina

Teórico-Prática

Ciclo

2º Ciclo de estudos

Ano

1º Ano

Anual/ Semestral

Semestral

Horas de contacto

75 horas

Créditos ECTS

15

Distribuição de Créditos

Perfil de saída

Os Mestrandos deverão ser capazes de, trabalhando em equipas transdisciplinares, determinar objectivos de observação, analisar os dados recolhidos, seleccionar instrumentos de observação e registo adequados, definir objectivos de intervenção que integrem as perspectivas das famílias.

Objectivos/

/Competências

Pretende-se que os Mestrandos adquiram competências de:
 a) avaliação do desenvolvimento infantil, da qualidade dos contextos de vida da criança e das necessidades e recursos das famílias de modo holístico e centrado nas interações,
 b) de trabalho em equipas transdisciplinares e,
 c) de utilização dos dados recolhidos na elaboração de planos de intervenção.

Conteúdos

Programáticos

A formação neste domínio será centrada na avaliação:
 a) do desenvolvimento infantil – percurso, forças, áreas de dificuldade, necessidades e interesses;
 b) dos objectivos, forças, necessidades, recursos e organização da família,
 c) da qualidade dos contextos de vida da criança, relação e coerência entre contextos, qualidade das transições.
 d) dos recursos disponíveis nas redes formais e informais da comunidade,
 e) da integração da família na comunidade.

Metodologia de Ensino

A UC terá uma componente teórica e teórico-prática com uma forte dimensão de treino com trabalho de campo. No tempo de trabalho autónomo, os mestrandos deverão preparar-se para o trabalho de campo, elaborar relatórios, discutir em grupo as observações realizadas e aprofundar a componente teórica

Metodologia de avaliação

A avaliação será contínua com base em estudos de caso elaborados a partir de dados recolhidos no trabalho de campo que será apresentado e discutido em sucessivas sessões de trabalho, culminando na elaboração de um plano de intervenção para o caso estudado.

Bibliografia

Modelos de Desenvolvimento:

(Francisco Vaz da Silva)

- Almeida, I.C. (2010). O modelo de intervenção centrado na família: Da teoria à prática. *Diversidades*, 7 (27), 12-16.
- Bairrão, J. (1992). A perspectiva ecológica em psicologia da educação. *Separata da revista, Cadernos de Consulta Psicológica*, nº 8, 57-68.
- Bronfenbrenner, U. (2005). The bioecological theory of human development. In Bronfenbrenner, U. (Ed.), *Making Human beings human: Bioecological perspectives on human development* (pp.3-

- 15). London: Sage Pub.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P.A. (1998). The Ecology of Developmental Processes. In In Damon, W., & Lerner, R.M. (Ed), Handbook of Child Development (pp. 993-1028), 5th Edition. New-York: John Wiley.
 - Hafer, J.C., & Stredler-Brown, A. (2002). Family-centered developmental assessment. In Bødner-Johnson, B., & Sass-Leher, M. (Eds.) The young deaf or hard-of-hearing child: A family-centered approach to early education (pp. 127-149). Baltimore: Paul Brookes.
 - Lerner, R.M. (2005). Foreword – Uri Bronfenbrenner: Career contributions of the consummate developmental scientist. In U. Bronfenbrenner (Ed.), Making human beings human: Bioecological perspectives on human development (pp. ix-xxvi). London: Sage Pub.
 - Magnusson, D., & Stattin, H. (1998). Person-context interaction theories. In Damon, W., & Lerner, R.M. (Ed), Handbook of Child Development (pp. 685-758), 5th Edition. New-York: John Wiley.
 - Sameroff, A. (2010). A unified theory of development: a dialectic integration of nature and nurture. *Child Development*, vol. 81, 1, 6-22
 - Sameroff, A.J., & Fiese, B. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In J.P. Shonkoff, & Miesels (Eds.), Handbook of early childhood intervention (pp.135-159). Cambridge: Cambridge University Press.

Observação de contextos:
(Purificação Mil-Homens)

- Bairrão, J. (2005). Textos Seleccionados. Escola Superior de Educação de Lisboa
- Harms, T., Cryer. D., Clifford, R. (2008). Escala de Avaliação do Ambiente Em Educação de Infância – Edição Revista. Porto: Livpsic.
- Harms, T., Cryer. D., Clifford, R. (2003). Infant / Toddler Environment Rating Scale - Revised Edition. New York: Teachers College Press.
- Harms, T., Cryer. D., Clifford, R. (1989). Family Day Care Rating Scale. New York: Teachers College Press.
- Portugal, G., (1998). Crianças, Famílias e Creches – Uma Abordagem Ecológica da Adaptação do Bêbê à Creche. Porto: Porto Editora.
- Portugal, G., (1992). Ecologia e Desenvolvimento Humano em Bronfenbrenner. Aveiro: Centro de Investigação, Difusão e Intervenção Educacional .

Trabalho com famílias:
(Marina Fuertes)

- Churchill, S. & Stoneman, Z. (2007). Correlates of Family Routines in Head Start Families, 6, 1, <http://ecrp.uiuc.edu/v6n1/churchill.html>.
- Dunst, C., Johanson, C., Trivette, C., & Hamby, D. (1991). Family-oriented early intervention policies and practices: family-centered or not? *Exceptional Children*, 58, 115-126.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Deal, A. G. (1988). Enabling and empowering families - Principles and guidelines for practice. Cambridge: Brookline Books.
- Wagner, A., Carpenedo, C., Petrucci de Melo, L. & Silveira, P. (2005). Estratégias de comunicação familiar: a perspectiva dos filhos

CIF-CJ:
(Clarisse Nunes)

- Breia, G., Almeida, I., & Colôa, J. (2004). *Conceitos e Práticas em Intervenção Precoce*. Lisboa: Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular, Direcção de Serviços da Educação Especial e do Apoio Sócio-Educativo.
- Crespo, A., Correia, C., Cavaca, F., Croca, F., Breia, G. & Micaelo, M. (2008). *Educação Especial – Manual de Apoio à Prática*. Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Direcção de Serviços da Educação Especial e do Apoio Sócio-Educativo. Lisboa: Ministério da Educação.
- Simeonsson Rune J. (2009). ICF-CY: A Universal Tool for Documentation of Disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. Volume 6 Number 2 pp 70–72 June 2009.
- Maia, M. S. & Lopes-dos-Santos, P. (2010). Práticas em Educação Especial à Luz do Modelo Biopsicossocial: O Uso da CIF-CJ como Referencial na Elaboração dos Programas Educativos Individuais. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Universidade do Minho, Portugal, 4 a 6 de Fevereiro de 2010.

Ano lectivo:

Unidade Curricular: Práticas de investigação-acção no seio de equipas de intervenção precoce

Docente:

Ano do curso	Obrigatória	Opcional	Carga horária lectiva semanal		ECTS
			1º semestre	2º semestre	
				26,5	10

1. Competências a adquirir pelos alunos
<ul style="list-style-type: none"> - Conceber um projecto de investigação-acção. - Avaliar programas de Intervenção Precoce no contexto de um processo colaborativo conducente à mudança, ou seja, à promoção da qualidade.
2. Conteúdos Programáticos
<ol style="list-style-type: none"> 1. Investigação-acção: conhecer e compreender para introduzir mudança. <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Os passos da investigação-acção: planificação, acção, observação e reflexão. 2. Avaliação de programas de Intervenção Precoce <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Definições de qualidade em Intervenção Precoce; 2.2. Instrumentos de avaliação das práticas focadas nas crianças; 2.3. Instrumentos de avaliação do envolvimento das famílias; <ol style="list-style-type: none"> 2.3.1. Instrumentos de avaliação da satisfação das famílias; 2.4. Instrumentos de avaliação do modo de funcionamento em equipa; 2. Dificuldades e desafios inerentes à avaliação de programas de Intervenção precoce: alguns exemplos de avaliação de programas de segunda geração. 3. Delineamento de projectos de investigação relacionados com a avaliação de programas de Intervenção Precoce.
3. Metodologias de ensino/aprendizagem
As aulas serão organizadas em aulas teóricas e teórico-práticas, com recurso ao método expositivo, dinamização de debates e momentos de reflexão, trabalhos individuais e trabalhos de grupo.
4. Avaliação
Os elementos de avaliação são os seguintes: <ul style="list-style-type: none"> - Trabalho em grupo: concepção de um projecto de investigação-acção (40% da nota final). - Trabalho individual: análise crítica do projecto de investigação-acção delineado no decurso do trabalho em grupo (60% da nota final). Nota: Todos os elementos de avaliação têm carácter obrigatório.
5. Bibliografia essencial para os formandos (referências mais importantes)
Aytch, L.S., Castro, D.C., & Selz-Campbell, L. (2004). Early Intervention Services Assessment Scale (EISAS): Conceptualization and development of a program quality self-assessment instrument. <i>Infants & Young Children, 17</i> (3), 236-246.
Aytch, L.S., Cryer, D., Bailey, D.B., & Selz, L. (1999). Defining and assessing quality in early intervention programs for infants and toddlers with disabilities and their families: Challenges and unresolved issues. <i>Early Education and Development, 10</i> (1), 7-23.
Lanners, R. & Mombaerts, D. (2000). Evaluation of parents' satisfaction with early intervention services within and among European countries: Construction and application of a new parent scale. <i>Infants and Young</i>

Children, 12 (3), 61-70.

McWilliam, R.A., Ferguson, A., Harbin, G.L., Porter, P., Munn, D. & Vandivere, P. (1998). The family-centeredness of Individualized Family Support Plans. *Topics in Early Childhood Special Education*, 18 (2), 69-82.

Pretti-Frontczak, K. & Bricker, D. (2000). Enhancing the quality of Individualized Education Plan (IEP) goals and objectives. *Journal of Early Intervention*, 23 (2), 92-105.

Sanches, I. (2005). Compreender, agir, mudar, incluir: Da investigação-acção à educação inclusiva. *Revista Lusófona de Educação*, 5, 127-142. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/rle/n5/n5a07.pdf>

Sandall, S., Hemmeter, M.L., Smith, B.J., & McLean, M.E. (2000). *DEC Recommended Practice: A comprehensive guide for practical application in Early Intervention / Early Childhood Special Education*. Longmont, Colorado: Sopris West.

6. Breve Resumo da Unidade Curricular

Esta unidade curricular tem como objectivo geral preparar os alunos/profissionais em Intervenção Precoce para a tarefa colaborativa de, em equipa, conhecer e compreender as actuais práticas em Intervenção Precoce com a finalidade de introduzir mudança nessas práticas (no sentido de uma maior qualidade, eficácia e eficiência). Pretende-se abordar as características dos processos de investigação-acção, no contexto de esforços sistemáticos de avaliação de programas de Intervenção Precoce. As metodologias de ensino/aprendizagem privilegiadas incluem aulas teóricas e teórico-práticas, com exposição de conteúdos, análise crítica de documentos, reflexões em grupo, trabalhos de grupo e trabalhos individuais.

O docente ou equipa docente



ISPA | Instituto Universitário

2009 • 2010

**MESTRADO INTEGRADO em
PSICOLOGIA**

2ª Fase – Mestrado em
Psicologia Educacional

1º ano

PROGRAMA

**Modelos e Estratégias de
Avaliação e Intervenção
Precoce**

1. Curso:

Mestrado Integrado em Psicologia

2. Designação da unidade curricular:

Modelos e Estratégias de Avaliação e Intervenção Precoce

3. Ano - Semestre:

Ano: 4º Ano Educacional

Semestre: 2º

4. Tipo de unidade curricular (Obrigatória, Opção, ...):

Tipo: Opcional

Nº de ECTS: 3

5. Docente responsável:

6. Outros docentes:

7. Objectivos da unidade curricular:

Aprofundar o estudo dos modelos teóricos de referência em avaliação e intervenção precoce: modelo ecológico e transaccional.

Analisar a evolução dos conceitos e práticas em intervenção precoce: da intervenção centrada na criança à intervenção centrada na família.

Analisar os processos de adaptação familiar perante uma criança com deficiência.

Avaliar o desenvolvimento da criança e a qualidade da interacção mãe-criança e mobilizar a informação essencial à elaboração do plano de intervenção (Plano Individualizado de Apoio à Família).

Conhecer os aspectos legais e organizativos da Intervenção Precoce em Portugal.

8. Competências a adquirir:

Identificar as práticas recomendadas em avaliação e intervenção precoce.

Avaliar as competências e necessidades de crianças com necessidades educativas especiais em idade pré-escolar e suas famílias.

Avaliar as características da interacção mãe-criança promotoras de desenvolvimento.

Elaborar um plano de avaliação e intervenção decorrente das características específicas de cada situação.

9. Conteúdo programático da unidade curricular:

Modelos teóricos de referência em avaliação e intervenção precoce: ecológico e transaccional.

Práticas recomendadas na intervenção centrada na família e instrumentos para a avaliação da criança, da família e do contexto.

Adaptação materna e interacção mãe-bebé: questões metodológicas relacionadas com a sua avaliação e principais instrumentos utilizados.

Avaliação das competências e necessidades das crianças e famílias

Planeamento da intervenção: programas centrados na interacção; programas centrados na promoção de competências.

10. Métodos de ensino:

Todas as aulas têm carácter teórico-prático.

A apresentação dos conceitos de natureza teórica, é feita de forma expositiva, na sequência da qual os alunos realizam, na aula, trabalhos práticos.

Haverá ainda visionamento de três vídeos que serão objecto de análise e debate e trabalho de grupo.

11. Bibliografia recomendada:

Bailey, D. & Wolery, M. (1992). Teaching infants and children with disabilities. New York: MacMillan Publishing Company.

Correia, L. M. & Serrano, A. M. (2000) (Org.). Envolvimento parental em intervenção precoce – Das práticas centradas na criança às práticas centradas na família. Porto: Porto Editora.

Guralnick, M. (2005). The developmental systems approach to Early Intervention. Baltimore: Paul H. Brooks.

Pimentel, J.S. (1997). Um bebé diferente: da individualidade da interacção à especificidade da intervenção. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração da Pessoa com Deficiência

Pimentel, J.S. (2005). Intervenção Focada na Família: Desejo ou Realidade. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração da Pessoa com Deficiência

Sandall, S., Hemmeter, M., Smith, B. & McLean, M. (Org.) (2005). DEC recommended practices – A comprehensive guide for practical application in early intervention/early childhood special education. Denver: Division of Early Childhood of the Council for Exceptional Children.

Shonkoff, J. P., & Meisels, S. J. (Eds.) (2000). Handbook of early intervention. Cambridge: Cambridge University Press.

Tegethof, I.C.A. (2007). Estudo sobre a Intervenção Precoce em Portugal: Ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias. Dissertação de Doutoramento apresentada na Faculdade de Psicologia e da Educação da Universidade do Porto.

12. Avaliação:

(Assinale com um X na opção escolhida)

	A	B	C	D	E
Modalidade de Avaliação (ver artigo 20º)				X	

- **Métodos tipo I - Descrição do conteúdo da avaliação (Exclusivamente para as UC com modalidades de avaliação A, B, C ou E)**

Avaliação Contínua	Avaliação de Recurso/Especial	Ponderação

- **Métodos tipo II - Descrição do conteúdo da avaliação (Exclusivamente para as UC com modalidades de avaliação A, B, C ou D)**

Avaliação Contínua	Avaliação de Recurso/Especial	Ponderação
<p>Constituição de um portfólio com quatro trabalhos práticos (2x15%, 2x10%) que são realizados obrigatoriamente em sala de aula, ao longo do semestre, implicando a presença nessas aulas.</p> <p>Duas reflexões individuais escritas (15%+35%) sobre temáticas abordadas nas aulas e na UC e realizadas em sala de aula</p>	Trabalho individual abordando as mesmas temáticas da avaliação contínua	100%

(Assinale com um X na opção escolhida)

	Sim	Não	Ponderação
Participação:		X	
Forma de avaliação da participação:			

(Assinale com um X na opção escolhida)

	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Limite de Faltas (nas aulas práticas)</i>
<i>Presença obrigatória: (só para UC com 6 ECTS)</i>		X	

(Assinale com um X na opção escolhida)

	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Descrição (detalhada)</i>
<i>Requisitos Mínimos:</i>		X	



Instituto Universitário

Pós-graduação em Intervenção Precoce na Infância

Descrição das Unidades Curriculares (Ficha de disciplina)

1. **Unidade Curricular:** Evolução dos modelos conceptuais e práticas em IPI e seu enquadramento legal: do enfoque na criança ao enfoque na família
2. **Tipo de unidade curricular:** Obrigatória
3. **Requisitos de frequência:** Não tem
4. **Ano do plano de estudos:** 1
5. **Semestre:** 1º
6. **Número de créditos:** (7,5 ECTS)
7. **Número de horas de aulas:** 32h
8. **Docente responsável:** _____
9. **Objectivos da unidade curricular (máx. 200 palavras)**

Promover nos Formandos

1. O conhecimento das perspectivas actuais sobre o desenvolvimento humano, conceitos, princípios e factores que influenciam o desenvolvimento típico e atípico da criança e que fundamentam cientificamente a prática da Intervenção Precoce.
2. Conhecimentos que permitam a compreensão dos processos interactivos e contínuos que ocorrem entre a criança e o meio ambiente e que condicionam o seu desenvolvimento precoce e sua relevância para a prática dos profissionais.
3. O conhecimento dos principais modelos e abordagens no domínio da Intervenção Precoce.
4. O conhecimento das perspectivas actuais e práticas recomendadas em Intervenção Precoce
5. O conhecimento da situação da Intervenção Precoce em Portugal – práticas e enquadramento legal

10. Competências a Adquirir (máx. 50 palavras)

Os Formandos deverão:

1. Compreender o desenvolvimento humano como um processo interactivo e reflectir sobre a sua relevância para a prática em Intervenção Precoce.
2. Compreender os modelos de Intervenção Precoce de referência e identificar as práticas



recomendadas.

3. Analisar a situação actual da Intervenção Precoce em Portugal.

11. Conteúdo da unidade curricular (máx. 200 palavras)

1. A evolução dos modelos e teorias sobre o desenvolvimento e educação e a sua implicação para a Intervenção Precoce

- Perspectivas actuais sobre o desenvolvimento humano - conceitos, princípios e factores (factores de risco e de protecção) que influenciam o desenvolvimento típico e atípico da criança e que fundamentam cientificamente a prática da Intervenção Precoce
- Modelo transaccional
- Modelo ecológico de desenvolvimento humano e Modelo bioecológico.
- O modelo biopsicosocial

2. Modelos actuais de referência para a prática da Intervenção Precoce

- Modelo Desenvolvimental de Sistemas para a Intervenção Precoce.
- Modelo para a Intervenção Precoce e Apoio à Família
- A intervenção centrada na família

3. Perspectivas actuais sobre a Intervenção Precoce

- Definição conceptual, natureza e objectivos da Intervenção Precoce e sua evolução.
- Práticas recomendadas em Intervenção Precoce
- A Intervenção Precoce em Portugal – práticas e enquadramento legal

12. Bibliografia recomendada (máx. 6 títulos)

- Almeida, I., C. (2009). Estudos sobre a Intervenção Precoce em Portugal: Ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias. Lisboa: Instituto Nacional para a Reabilitação.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Deal, A. G. (1988). Enabling and empowering families - Principles and guidelines for practice. Cambridge: Brookline Books.
- Guralnick, M. J. (2001). A developmental systems model for early intervention. *Infants and Young Children*, 14 (2), pp. 1-18.
- Guralnick, M. J. (2005). *The developmental systems approach to early intervention*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Shonkoff, J.P. & Meisels, S.J. (Eds) (2000). *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Shonkoff, J. P. & Phillips, D. A. (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. Washington: National Academy Press.

13. Métodos de ensino (máx. 50 palavras)

As aulas serão organizadas em sessões teóricas e teórico-práticas, com recurso ao método expositivo, dinamização de debates e momentos de reflexão com base em literatura e/ou exercícios práticos de grupo ou individuais.



Instituto Universitário

Pós-graduação em Intervenção Precoce na Infância

14 . Métodos de avaliação (máx. 50 palavras

Avaliação contínua tendo em conta:

- Presença e participação nas aulas: 20%
- Trabalhos de grupo e trabalho final individual: 80%

15 . Língua de ensino

Português



ISPA | Instituto Universitário

Pós-graduação em Intervenção Precoce na Infância

Descrição das Unidades Curriculares (Ficha de disciplina)

1. **Unidade Curricular:** Estratégias de individualização e promoção de competências: a construção de PEI e PIIP de qualidade
2. **Tipo de unidade curricular:** Obrigatória
3. **Requisitos de frequência:** Não tem
4. **Ano do plano de estudos:** 1
5. **Semestre:** 2º
6. **Número de créditos:** 7,5 ECTS
7. **Número de horas de aulas:** 32
8. **Docente responsável:** _____
9. **Objectivos da unidade curricular (máx. 200 palavras)**

Promover nos Formandos competências que lhe permitem, através da Entrevista baseada nas rotinas (EBR) e da Classificação Internacional da Funcionalidade Incapacidade e Saúde: Versão para crianças e jovens (CIF-CJ), formular objectivos de qualidade no âmbito dos Programas Educativos Individuais (PEI) e Planos Individuais de Intervenção Precoce (PIIP), isto é, objectivos funcionais, mensuráveis, significativos e generalizáveis. Com base nesta aprendizagem, é ainda esperada uma mudança de atitude em relação à utilidade dos PEI e dos PIIP – de requisito burocrático a instrumento de apoio.

10. **Competências a Adquirir (máx. 50 palavras)**

1. Os Formandos deverão conduzir Entrevistas com Base nas Rotinas (EBR).
2. Os Formandos deverão conceber perfis de capacidade da CIF-CJ a partir da EBR.
3. Com base na EBR, os Formando deverão conceber objectivos de qualidade, isto é, funcionais, mensuráveis, significativos e generalizáveis, no âmbito dos PEI e PIIP.



11. Conteúdo da unidade curricular (máx. 200 palavras)

1. Como aprendem as crianças
 - 1.1. As crianças são activas na sua aprendizagem
 - 1.2. As crianças aprendem com os seus pares
 - 1.3. Não podemos separar os diferentes domínios de desenvolvimento
 - 1.4. A aprendizagem ocorre no contexto de actividades relevantes e com significado
 - 1.5. Transformação do foco dos objectivos do PEI/PIIP
2. Ecomapa
3. Entrevista baseada nas rotinas (EBR)
 - 3.1. Quando realizar uma EBR
 - 3.2. Quem deve conduzir a entrevista
 - 3.3. Descrição da entrevista
 - 3.3.1. Questões iniciais
 - 3.3.2. As rotinas na ordem do dia
 - 3.3.3. Informação das rotinas
 - 3.3.4. Satisfação com as rotinas
 - 3.3.5. Preocupações e prioridades
 - 3.3.5.1. Selecção de objectivos pela família
 - 3.3.6. A escrita de objectivos
 - 3.3.6.1. Passos para construir um objectivo funcional
 - 3.4. Indicadores de qualidade da entrevista
4. Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)
5. Análise e discussão de objectivos

12. Bibliografia recomendada (máx. 5 títulos)

- McWilliam, R.A. (Ed.). (1996). *Rethinking pull-out services in early intervention: A professional resource*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- McWilliam, R. A. (2005). Assessing the resource needs of families in the context of early intervention. In M. J. Guralnick (Ed.), *The developmental systems approach to early intervention* (pp. 215-233). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- McWilliam, R.A.; Casey, A.M., & Simms, J. (2009). The Routines Based Interview: A Method for gathering information and assessing needs. *Infants & Young Children*, 22 (3), 224 – 233.
- Boavida, T., Aguiar, C., McWilliam, R.A., & Pimentel, J.S. (2010). *Quality of Individualized Education Program goals of preschoolers with disabilities*. Manuscrito submetido para



publicação.

World Health Organization (2007). International Classification of Functioning, Disability and Health – Version for Children and Youth: ICF-CY. Geneva: World Health Organization.

13 . Métodos de ensino (máx. 50 palavras)

As aulas serão organizadas em aulas teórico-práticas, práticas, orientação tutorial e trabalho de campo com recurso ao método expositivo, demonstração de entrevista, dinamização de debates e momentos de reflexão, trabalhos individuais e trabalhos de grupo.

14 . Métodos de avaliação (máx. 50 palavras)

Trabalho individual: construção de um PEI/PIIP com base numa Entrevista Baseada nas Rotinas real (60% da nota final).

Trabalhos em grupo: construção de objectivos de qualidade (20% da nota final) e construção de um perfil de capacidades (20% da nota final) com base na EBR.

15 . Língua de ensino

Português

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCADORES DE INFÂNCIA MARIA ULRICH

**MESTRADO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL
NO DOMÍNIO DA INTERVENÇÃO PRECOCE**

PROGRAMAS DAS UNIDADES CURRICULARES PARA 2010/2011

Unidade Curricular	Área	Ano	A/Sem	Nº H	ECTS
Conceitos fundamentais em Intervenção Precoce	EE	1º	1º	100	4

Objectivos de Aprendizagem

Pretende-se, nesta unidade curricular, que os formandos compreendam os conceitos e os modelos organizacionais actuais em Intervenção Precoce, e sua evolução ao longo do tempo, tornando-os conscientes sobre a relação entre a prática de IP e os seus antecedentes teóricos e históricos.

A partir desta primeira abordagem, devem ser criadas as condições para que, através das Áreas Fundamentais e respectivas unidades curriculares do Plano de Estudos, estes conceitos e modelos possam ser analisados e reflectidos de forma aprofundada, ao longo da formação.

Pretende-se ainda que os formandos iniciem um processo de questionamento sobre as suas próprias percepções, sentimentos, valores, papéis, comportamentos, práticas e interacções com famílias e crianças, a partir de estratégias formativas/pedagógicas de auto-avaliação e reflexão.

Síntese do Programa

- O conceito de Intervenção Precoce – evolução histórica e estado da arte.
- Modelos de referência em Intervenção Precoce:
 - Modelo transaccional de desenvolvimento (Sameroff e Chandler, 1975)
 - Modelo de Ecologia do desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 1979)
 - Modelo de apoio centrado na família (Dunst, 1985)
- O processo de avaliação em Intervenção Precoce
- A intervenção centrada na família
- Aspectos organizacionais e dinâmica das equipas em Intervenção Precoce
- Competências pessoais em Intervenção Precoce

Bibliografia fundamental

- Bairrão Ruivo, J. e Chaves de Almeida, I. (2002). *Contributos para o estudo de práticas de Intervenção Precoce em Portugal*. Lisboa: Ministério da Educação/Departamento da Educação Básica.
- Breia, G., Almeida, I. C. e Colôa, J. (2004). *Conceitos e Práticas em Intervenção Precoce*. Lisboa: Ministério da Educação/ Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular.
- Correia, L.M. e Serrano, A.(Orgs). (1999). *Envolvimento parental em intervenção precoce - das práticas centradas na criança às práticas centradas na família*. Porto: Porto Editora.
- European Agency for Development in Special Needs Education (2005). *Intervenção Precoce na Infância. Análise das situações na Europa. Aspectos-chave e recomendações – Relatório síntese*. Bruxelas: Direcção Geral de Educação, Formação, Cultura e Multilinguismo da Comissão Europeia.
- Gomes-Pedro, J; Nugent, J. K.; Young, J, G. e Brazelton, T. B. (2005). *A criança e a família no*

século XXI. Lisboa: Dinalivro.

- Guralnick, M. J. (2005) (Ed.), *The Developmental Systems Approach to Early Intervention*. Baltimore: Paul Brookes.
- Kagan, S. L. e Neuman, M. J. (2000). *Early Care and Education: Issues and future Strategies*. In Shonkoff, J. P. e Meisels, S. J. (Ed.) (2000). *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Shonkoff, J. P., Meisels, S. J. (2000). *Handbook of Early Childhood Intervention (2nd Edition)*. New York: Cambridge University Press.
- Odom, S. L. (2007). *Alargando a roda – a inclusão de crianças com necessidades educativas especiais na educação pré-escolar*. Porto: Porto Editora.
- Sameroff, A. J. e Fiese, B. H. (2000). *Transactional regulation: the developmental ecology of early intervention*. In Shonkoff, J. P. e Meisels, S. J. (Ed.) (2000). *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.

Métodos de Ensino e Avaliação

Métodos de Ensino

- Introdução aos conceitos-chave em Intervenção Precoce, através de apresentação oral, com suporte visual (power-point - video projector), bem como através da leitura, análise e debate de textos fundamentais neste domínio, procurando-se, desde logo, promover uma atitude participativa, que permita a reflexão individual e em grande grupo, e potencie nos formandos a capacidade de questionar ideias previamente adquiridas;
- Reflexão sobre diferentes contextos e situações em Intervenção Precoce, através de análise documental e análise de vídeos e da partilha de vivências pessoais de cada um dos presentes.

Seminários sobre os conceitos chave em Intervenção Precoce, com colaboração de conferencistas convidados, especialistas nesta área.

Orientação Tutorial para construção do Portfolio.

Métodos de Avaliação

Sistema de avaliação contínua, valorizando a participação nas aulas, e provas de avaliação dos conhecimentos teóricos e práticos adquiridos.

Construção de um *portfolio* de aprendizagem individual. A sua utilização será um recurso fundamental a adoptar, uma vez que pretende reforçar o papel activo do formando na construção do conhecimento, estimulando o desenvolvimento de pensamento crítico e da reflexão. Tendo em conta os objectivos de aprendizagem, pretende-se -ainda que os formandos reforcem as suas competências no trabalho ao longo da Unidade curricular.

Componentes de trabalho do estudante

A	B	C	D	E	F	G
25	10	50	15			100

A) Horas de Aulas regulares da Turma; B) Horas de Seminários, Oficinas e Conferências esporádicas; C) Cálculo aproximado de horas de trabalho individual (estudo e projectos); D) Cálculo aproximado de horas de orientação individual ou em pequeno grupo; E) Horas/Tempo de estágio; F) Tempo dedicado por cada aluno em acções de avaliação; G) Total de horas de trabalho do estudante nesta Unidade Curricular.

Outras informações

1. Conceitos fundamentais em Intervenção Precoce

Opcional ou obrigatória:	Obrigatória
Pré-requisitos:	
Língua de docência	Português
Docente(s)	

**RELACIONAMENTO PRECOCE
E
PREVENÇÃO DE SAÚDE**

**cadeira optativa para os alunos
dos 4º e 5º anos do
Mestrado Integrado em Psicologia**

**PROGRAMA, AVALIAÇÃO
E BIBLIOGRAFIA**

ANO LECTIVO DE 2.010 / 2.011

**FACULDADE DE PSICOLOGIA
DA
UNIVERSIDADE DE LISBOA**

AULAS TEÓRICAS

As aulas teóricas da cadeira de "Relacionamento Precoce e Prevenção de Saúde" são organizadas de forma a estimular o interesse dos alunos pela temática da relação precoce mãe-filho. Assim, será abordado um conjunto de temas que proporcionam informação pertinente sobre as investigações clássicas acerca do comportamento dos recém-nascidos, suas características neurofisiológicas e competências específicas para a interação precoce.

Uma vez que o desenvolvimento científico das últimas décadas tem demonstrado que toda esta problemática é influenciada pelos aspectos psicológicos maternos anteriores e concomitantes ao nascimento, as aulas teóricas iniciais debruçar-se-ão sobre a psicologia da gravidez, as situações clínicas que sinalizam as dificuldades de adaptação psicológica da grávida, a influência dos aspectos psicológicos no trabalho de parto, as desadaptações psicológicas do pós-parto, bem como sobre a transição para a maternidade/paternidade.

Em seguida, serão referidas algumas das situações de risco enfrentadas pelas mães e pelos recém-nascidos (separação precoce, prematuridade, internamento hospitalar, maternidade adolescente, comportamentos aditivos na gravidez, depressividade na díade mãe-criança, etc.).

Posteriormente, serão abordadas as temáticas relacionadas com a avaliação psicológica dos recém-nascidos e a observação da interação precoce mãe-bebé, quer em meio natural quer em meio laboratorial.

Finalmente, serão discutidas as diversas perspectivas teóricas acerca da vinculação após o nascimento, acerca do período sensível, da vinculação no fim dos primeiro e segundo anos de vida, e sobre as consequências teóricas no estudo da vinculação em adultos.

Em todos os aspectos referidos anteriormente, dar-se-á igual ênfase à problemática da investigação e da intervenção.

Ainda nesta página, encontra-se a lista dos temas que, grosso modo, orientarão a sequência das aulas teóricas e práticas desta cadeira.

TEMAS COMUNS ÀS AULAS TEÓRICAS E PRÁTICAS:

I- o desenvolvimento psicológico durante a gravidez (G) e a transição para a maternidade / paternidade; II- a etiologia psicossomática das perturbações clínicas da G; III- a influência do funcionamento psicológico no trabalho de parto; IV- o puerpério; V- a G e a maternidade na adolescência; VI- o parto prematuro, os bebés prematuros e as mães prematuras; VII- investigação e intervenção psicológica com as díades depressivas; VIII- os comportamentos aditivos na G; IX- a observação clínica do recém-nascido; X- a observação laboratorial e a observação naturalista da interação mãe-filho e XI- a discussão psicológica da vinculação.

AULAS PRÁTICAS

As aulas práticas da cadeira de "Relacionamento Precoce e Prevenção de Saúde" são destinadas a proporcionar o debate, entre os alunos, em torno de investigações relacionadas com os temas das aulas teóricas. Para tal, serão entregues aos alunos artigos de investigação seleccionados de acordo com os temas em causa e, também, de acordo com a evolução do debate durante as aulas. Por esse motivo, os alunos deverão registar o seu nome nas folhas de inscrição relativas às aulas práticas. Além disso, deverão escolher uma data para efectuarem a sua apresentação.

A apresentação que os alunos efectuarem durante as aulas práticas é um trabalho criativo. Cada aluno pode optar por qualquer método de exposição (acetatos, vídeos, slide-show, exposição oral, etc.). No entanto, devem ser evitadas as traduções literais dos artigos, uma vez que procuramos dinamizar o debate estimulando a curiosidade científica de todos.

AVALIAÇÃO

A avaliação dos alunos será feita com base em três aspectos:

- a) participação nas aulas práticas;
- b) observação de um recém-nascido em ambiente hospitalar e
- c) exame teórico.

No que respeita à participação nas aulas práticas, teremos em conta a apresentação de artigos de investigação e a contribuição para o debate posterior às apresentações.

Quanto à observação de um recém-nascido em ambiente hospitalar, será realizada em grupo. Os alunos estarão presentes durante a avaliação de um recém-nascido com a escala NBAS, a qual será realizada por um psicólogo com treino na fiabilidade da escala. Cada aluno realizará um relatório individual relacionado com esta observação.

O exame teórico é constituído por duas perguntas de desenvolvimento. Estas perguntas serão sorteadas de um conjunto que será distribuído aos alunos no fim da última aula teórica.

HORÁRIO:

Aulas teóricas: T1 (6^as feiras – Sala 3 - das 15 horas às 17 horas)

Aulas práticas: P1 (6^as feiras – Sala 3 - das 17 horas às 19 horas)

PRESENÇAS:

Durante as aulas circulará um livro de presenças onde os alunos deverão escrever o seu nome de forma legível e, posteriormente, assinar. Só serão admitidos à avaliação final os alunos com um mínimo de 75% de presenças nas aulas teóricas e nas aulas práticas.

BIBLIOGRAFIA

Ainsworth, M.; Blehar, M.; Waters, E.; Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: a psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Hillsdale, New Jersey.

Bowlby, J. (1958). *The nature of the child's tie to his mother*. International Journal of Psychoanalysis, 39, pp. 350-373.

Braungart-Rieker, J.; Garwood, M.; Powers, B.; Wang, X. (2001). *Parental sensitivity, infant affect, and affect regulation: predictors of later attachment*. Child Development, 72, 1, pp. 252-270.

Brazelton, T. (1972). *Infants and Mothers: differences in development*. London: Hutchinson.

Brazelton, T. (1973). *Neonatal Behavioral Assessment Scale*. coleção Clinics in Developmental Medicine. Londo: Spastics International Medical Publications.

Brazelton, T. (1992). *Tornar-se Família* Lisboa: Terramar.

Brazelton, T. (1992). *Dar atenção à criança*. Lisboa: Terramar.

Brazelton, T., Cramer, B. (1989). *A relação mais precoce*. Lisboa: Terramar.

Brazelton, T., Nugent, K. (1995). *Neonatal Behavioral Assessment Scale*. 3rd. Edition. London: McKeith Press.

Canavarro, M.C.P. (Ed.) (2006). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto.

Colman, L.; Colman, A. (1994). *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri, Coleção Cline.

Coriat, L. (1977). *Maturação Psicomotora no Primeiro Ano de Vida da Criança*. São Paulo: Cortez & Moraes.

Egan, D.; Illingworth, R.; Mac Keith, R. (1969). *Developmental Screening 0 - 5 Years*. coleção Clinics in Developmental Medicine, Spastics International Medical Publications, London.

Einspieler, C., Prechtl, H., Ferrari, F., Cioni, G. (2004). *Prechtl's method on the qualitative assessment of general movements in preterm, term and young infants*. London: Mac Keith Press.

Feliciano, F. (2007). *Método canguru: o prosseguir da vinculação pais bebé prematuro*. Coimbra: Almedina.

Figueiredo, B. (2001). *Mães e bebés*. Fundação Calouste Gulbenkian, FCT, MCT, Lisboa.

Field, T. (2009). The effects of new-born massage. IN (Eds.) Nugent, J.K., Petrauskas, B.J., Brazelton, T.B. *The newborn as a person* (pp. 34-40). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.

Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. London: Karnac.

Frazão, C.; Pereira, M.E.; Amaro, F.; Teles, L.C. (Eds) (2001). *A mulher toxicodependente e o planeamento familiar, a gravidez e a maternidade*. Fundação da Nossa Senhora do Bom Sucesso, Lisboa.

Gewirtz, J. (Ed.) (1972). *Attachment and Dependency*. V. H. Winston & Sons, Washington D. C..

Golombok, S.; MacCallum, F.; Goodman, E. (2001). The "Test-Tube Generation: parent-child relationships and the psychological well-being of in vitro fertilization children at adolescence. *Child Development*, 72, 2, pp. 599-608.

Gomes-Pedro, J.C. (1982). *Influência no Comportamento do Recém-Nascido do Contacto Precoce com a Mãe*. Lisboa.

Gomes-Pedro, J.C. (Ed. 1986). *Biopsychology of Early Parent-Infant Communication*. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.

Gomes-Pedro, J.C. (Ed. 1995). *Bebé XXI: criança e família na viragem do século*. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.

Holinger, P., Doner, K. (2004). *O que os bebés dizem antes de começar a falar*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Illingworth, R. (1982). *Basic Developmental Screening: 0-4 years*. Blackwell Scientific Publications, Oxford.

Jones, N. (Ed.) (1972). *Ethological Studies of Child Behaviour*. Cambridge University Press, London.

Karin, S. (2009). Predicting development for extremely low birthweight infants : Sweden. IN (Eds.) Nugent, J.K., Petrauskas, B.J., Brazelton, T.B. *The newborn as a person* (pp. 21-33). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.

Koupernik, C. (1954). *Développement Psycho-Moteur du Premier Âge*. Colecção paideia, P.U.F., Paris.

Lebovici, S. (1987). *O Bebé, a Mãe e o Psicanalista*. Artes Médicas, Porto Alegre.

Morgan, L. (1981). Methodological Review of Research on Mother-Infant Bonding., IN Camp, B. (Ed.) *Advances in Behavioral Pediatrics*. V. 2, Jai Press, Inc, Greenwich, Connecticut.

Montagu, A. (1979). *La Peau et le Toucher: un premier langage*. Éditions du Seuil, Paris.

Nugent, J.K., Petrauskas, B.J., Brazelton, T.B. (2009). *The newborn as a person*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.

Raphael-Leff, J. (2009). *Psychological processes of childbearing*. London: The Anna Freud Center.

Reigado, J. (2009). *Análise acústica de vocalizações de bebés de 9 a 11 meses face a estímulos musicais e linguísticos*. Lisboa, Colibri.

Schaffer, H. (Ed.) (1977) *Studies in Mother-Infant Interaction*. Academic Press, London.

Schore, A.N. (2003). *Affect dysregulation and disorders of the self*. New York: W. W. Norton & Company.

Sinclair, H., Stambak, M., Lézine, I., Rayna, S. Verba, M. (1982). *Les Bébés et les Choses*. Coleção le psychologue, P.U.F., Paris.

Simpson, J., Rholes, S. (1998). *Attachment theory and close relationships*. The Guilford Press, New York.

Soares, I. (2007). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: teoria e avaliação*. Braga: Psiquilíbrios Edições.

Stambak, M., Barriere. M., Bonica, L., Maisonnnet, R., Musatti, T., Rayna, S. Verba, M. (1982). *Les Bébés Entre Eux: découvrir, jouer, inventer ensemble*. Coleção le psychologue, P.U.F., Paris.

Stone, S.D. & Menken, A. E. (2008). *Perinatal and postpartum mood disorders*. New York: Springer Publishing Company.

Stern, D. (1977). *The First Relationship: infant and mother*. Fontana/Open Books and Open Books Publishing Ltd., London.

Thoman, E. (Ed.) (1979). *Origins of the Infant's Social Responsiveness*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Hillsdale, New Jersey.

Vellay, P. *A vida sexual da mulher: o método psicoprofilático do parto sem dor*. Editorial Estampa, Lisboa.

Wachs, T., Gruen, G. (1982). *Early Experience & Human Development*. Plenum Press, New York.

CRONOGRAMA

INTRODUÇÃO À MEDICINA DA CRIANÇA E DA FAMÍLIA
2º ANO

Coordenador:

Regente:

Data/Hora	Tipo/ Duração	Estratégia Educativa	CONTEÚDOS	Intervenientes na Docência	Coord
06 Out 4ª Feira 14:00-16:00	HC 2 Horas	Painel e Discussão	Preâmbulo: Introdução à disciplina - A Demografia da saúde Infantil em Portugal e no mundo - Introdução ao trabalho de campo	(FML/HSM)	PMR
13 Out 4ª Feira 14:00-16:00	HC 2 Horas	Painel e Discussão	A história da criança através dos direitos Ser Criança hoje, na sua identidade e na sua circunstância. O conceito de "Touchpoints" Ética e cidadania face à saúde Infantil. Dilemas éticos em pediatria	(FML) (FML/HSM)	PMR
20 Out 4ª Feira 14:00-16:00	HC 2 Horas	Painel e Discussão	Planeamento dos cuidados em função do ciclo de vida: o Bebê, a Criança e o Jovem. O Programa Nacional de Saúde Infantil Conceito de vulnerabilidade e de resiliência: A vulnerabilidade expressa na deficiência	(DGS) (Diferenças)	PMR
21 Out 5ª Feira 11:00-13:00	HC 2 Horas	Painel e Discussão	A postura preventiva: rastreios A criança e o risco: os acidentes	(HSM/ FML)	PMR
03 Nov 4ª Feira 14:00-16:00	HC 2 Horas	Painel e Discussão	Outras expressões da vulnerabilidade A criança e a doença crónica A negligência e os maus-tratos	(FML/ HSM) (HSM/ FML)	PMR

Cronograma (cont.)

<p>17 Nov 4ª Feira 14:00-16:00</p>	<p>HC 2 Horas</p>	<p>Painel e Discussão</p>	<p>A Criança, os serviços de saúde e a humanização dos cuidados. Perspectivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A Enfermeira ▪ A Assistente Social ▪ Os Educadores ▪ O Psicólogo ▪ A Animadora ▪ O Administrador Hospitalar ▪ A perspectiva da Criança /Família 	<p>Moderadores:</p> <p>Intervenientes:</p> <p>(HSM); Casa do Gil) (F. (HSM) (HSM) (ONV) (HSM) Mãe / Criança</p>	<p>PMR</p>
<p>15 Dez 4ª Feira 14:00-16:00</p>	<p>HC 2 Horas</p>	<p>Sessão Final: Poster Round</p>	<p>Apresentação: Discussão e Avaliação do Trabalho de Campo</p>	<p>Avaliação dos trabalhos de campo</p>	

DESENVOLVIMENTO INFANTIL E EDUCAÇÃO
3º ANO

Cronograma

Data/Hora	Tipo/ Duração	Estrat. Educativa	Conteúdos	Intervenientes na Docência	Coord
I 17 Mar 4ª Feira 14:00- 16:00	HC* 2 Horas	Teórica (facult)	-Introdução ao Tronco Comum V.c e Preparação do Trabalho de Campo -Conceito de "Touchpoints" numa perspectiva de Saúde e Educação -Princípios e Pressupostos dos "Touchpoints"	(FML) (FML) (FML)	JGP
II 24 Mar 4ª Feira 14:00- 16:00	HC 2 Horas	Prática (obrig)	Preparação do Trabalho de Campo	(FML) (FML) (HSM) (HSM) (HSM) (HSM) (HSM)	HF
III 7 Abr 4ª Feira 14:00- 16:00	HC 2 Horas	Teórico- Prática (obrig)	"Touchpoints" Referenciais do Desenvolvimento Infantil - Recém-nascido - 9 Meses - 3 Anos	(FML) (FML) (HSM)	JGP
IV 14 Abr 4ª Feira 14:00- 16:00	HC 2 Horas	Teórico- Prática (obrig)	-Educação Parental e Familiar -Exemplaridade Clínica	(UCP) (FML)	JGP
V 21 Abr 4ª Feira 14:00- 16:00	HC 2 Horas	Teórico- Prática (obrig)	-A Adolescência enquanto fase do ciclo de vida -Desenvolvimento físico, psicológico e social do adolescente -As tarefas da adolescência -A comunicação nesta fase do ciclo de vida -Técnicas de entrevista	(FML)	JGP
VI 28 Abr 4ª Feira 14:00- 16:00	HC 2 Horas	Teórica (facult)	-Intervenção Precoce e Serviços de Educação -A Saúde Escolar	(ESEIMU) (FML)	JGP
VII 5 Maio 4ª Feira 14:00- 16:00	HC 2 Horas	Seminário (obrig)	-Apresentação e partilha dos trabalhos realizados -Síntese Final	(FML) (FML) (FML) (HSM) (HSM) (HSM) (HSM) (HSM)	JGP

