



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

**Concepções de criança e de infância de técnicos de
Intervenção Precoce em uma associação no sul do Brasil**

ARETHA PIRES EIRÓ

Dissertação de 2º Ciclo conducente ao grau de Mestre em Ciências da Educação,
especialização em Intervenção Precoce.

**Lisboa
2013**



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

**Concepções de criança e de infância de técnicos de
Intervenção Precoce em uma associação no sul do Brasil**

ARETHA PIRES EIRÓ

Dissertação de 2º Ciclo conducente ao grau de Mestre em Ciências da Educação,
especialização em Intervenção Precoce realizada sob orientação da
Professora Doutora Catarina Tomás

**Lisboa
2013**

*Dedico este trabalho ao meu marido
Bernardo pelo companheirismo, pela
amizade, pelo apoio, pelas aventuras e por
todo amor.*

E aos nossos “filhos” de quatro patas.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço à minha orientadora Professora Doutora Catarina Tomás, por acreditar no meu trabalho, pela paciência com minhas incertezas e por permitir a concretização de uma grande conquista.

À Professora Doutora Marina Fuertes por toda ajuda e disponibilidade durante esta caminhada e aos professores da Escola Superior de Educação pelo comprometimento com a primeira turma de mestrado em IP, da qual com muita estima fiz parte.

À doutora Marisa Sella e Thaisa Garais pela contribuição essencial à pesquisa, pelo exemplo de coragem e competência no trabalho pioneiro com as crianças.

À Professora doutora Maria de Fátima Minetto pelo amável incentivo e entusiasmo com a minha pesquisa.

Aos técnicos entrevistados, pelas ideias compartilhadas que possibilitaram o aprimoramento deste trabalho.

As minhas queridas colegas de curso, pelo carinho que recebi em momentos especiais.

À minha família, por ser sempre o apoio mais estável. Em especial a minha mãe e minha sogra, pelo amor, pelo carinho, pelo cuidado, por estarem presentes a cada conquista. Ao meu marido Bernardo, por ser meu maior incentivador e amigo. Aos meus irmãos Andrea, Karla, Rubia e Ewerton que de uma forma sutil participaram desta caminhada, seja com as palavras de incentivo, seja com os momentos de alegria. Aos meus sobrinhos Carolina, Tauane, Israel, Bianca, Laura e Manuela por serem meu maior carinho. Também agradeço com ternura a todos meus familiares, especialmente ao Guinho por ser um grande amigo.

Aos meus amigos brasileiros, portugueses e os brasileiros em Portugal, muito obrigada pelo apoio. Ao querido padrinho e amigo João Tiago Proença, pela ajuda com os detalhes finais do trabalho.

A todas as crianças que algum dia me chamaram de professora, por me fazerem acreditar que estou no caminho certo.

Resumo

Este trabalho investiga as concepções de criança e de infância que os técnicos de Intervenção Precoce (IP) têm em uma Associação no Sul do Brasil.

A intenção é verificar como tais concepções influenciam – ou não - as práticas dos técnicos, assim como perceber se os direitos da criança são respeitados e garantidos na prática profissional e na participação das crianças nas tomadas de decisão. Para o efeito, com o intuito de fundamentar a pesquisa, foi elaborado uma revisão de literatura a partir de um quadro teórico multidisciplinar, da Sociologia da Infância e da Intervenção Precoce, com especial incidência na perspectiva brasileira.

Partindo da perspectiva sociológica de crianças como atores sociais e da infância como categoria geracional, e da Intervenção Precoce com práticas centradas na família, metodologicamente trata-se de uma investigação qualitativa, centrada num estudo de caso onde foram entrevistados técnicos de uma Associação localizada no sul do Brasil que realiza atendimento público inserido em um programa de atenção a saúde materno-infantil.

A análise qualitativa dos dados levantados mostra que a visão da criança como protagonistas nas suas relações ainda está ausente nas concepções dos técnicos, assim como as questões dos direitos da criança são encaradas como problemas sociais e restringidas ao setor de assistência social. A participação das famílias é secundária em uma prática centrada na criança, onde o brincar aparece como ferramenta fundamental nos tratamentos para além de ser considerado direito da criança.

Palavras – chave: Intervenção Precoce, Criança e infância, Direitos da Criança, Equipes.

Abstract

This work intends to investigate the conceptions of children and childhood that a team of Early Childhood Intervention Technicians have in an association in the south of Brazil.

The intention is to verify if those conceptions influence – or not – the technicians practices as well as understand if the children's rights are respected and granted during their therapy sessions and in the children's decision-making participation. For such, in order to support the research, it was elaborated a literature review from a multidisciplinary theoretical framework, of the Sociology of Childhood and the Early Childhood Intervention, with special focus on the Brazilian perspective.

From the sociological perspective of children as social actors and childhood as a generational category, and the family-centered practices in the early childhood intervention, methodologically it is a qualitative research, focusing on a case study in which technicians were interviewed of a public service association located in the south Brazil's that is provider inserted into a program of care for maternal and child health.

The qualitative analysis of the data collected shows that the view of children as protagonists in their relationships is still absent in the technicians conception, as well as the children rights are seen as social problems and directed to the social assistance department. The participation of the families is seen as secondary in a child-centered practice of Early Childhood Intervention. The play appears as a fundamental tool in the therapeutical sessions beyond being considered a children's right.

Key-words: Early Childhood Intervention, Child and childhood, Children's right, Teams.

ÍNDICE

DEDICATÓRIA	i
AGRADECIMENTOS	ii
RESUMO	iii
ABSTRAT	iv
ÍNDICE	v
ÍNDICE DE TABELAS	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	viii
LISTA DE SIGLAS	ix
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I - CONCEPÇÕES DE CRIANÇA E DE INFÂNCIA EM INTERVENÇÃO PRECOCE	5
1.1 Análise conceptual de criança e de infância	5
1.1.1 Criança como ator social	6
1.1.2 Infância como construção social	9
1.1.3 Direitos da criança: a legislação no Brasil	11
1.2 Intervenção Precoce: objetivos, definição e programas	15
1.2.1 Modelo de Intervenção Precoce centrada na família	19
1.2.2 Plano individualizado de apoio as famílias	21
1.3 O Técnico de Intervenção Precoce: papel e ação	23
CAPÍTULO II - CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO E DOS SUJEITOS DA INVESTIGAÇÃO	26
2.1 Intervenção Precoce no Brasil	26
2.1.1 Enquadramento sócio jurídico da Intervenção Precoce no sul do Brasil	30
2.1.2 Caracterização geográfica e socioeconómica de um município do sul do Brasil	32
2.1.3 Programa “Maternidade”	34
2.1.4 Funcionamento de equipas de Intervenção Precoce no sul do Brasil	37

2.2 Espaços de Intervenção Precoce	39
2.2.1 Projeto Snoezelen - Sala multisensorial para crianças com atraso de desenvolvimento	40
2.2.2. Centro Lekotek: apoio e atendimento às famílias	42
2.3 Caracterização dos participantes da pesquisa	44
2.3.1 Identificação dos técnicos	44
2.3.2 Tempo de atuação com crianças	46
CAPÍTULO III – METODOLOGIA	48
3.1 Design Metodológico	48
3.2. Técnicas	52
3.3 Procedimentos de coleta de dados	52
CAPÍTULO IV – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE CRIANÇA E DE INFÂNCIA DOS TÉCNICOS EM INTERVENÇÃO PRECOCE	54
4.1 Práticas de Intervenção Precoce: desenvolvimento precoce e trabalho especializado	54
4.2 Concepções de criança e de infância	59
4.3 Relações entre as representações sociais de criança e de infância e as práticas dos programas de Intervenção Precoce	62
CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS	69
ANEXOS	75
Anexo I – Níveis do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner	
Anexo II – Plano Individual de Apoio as Famílias (PIAF)	
Anexo III – 10 ^a Conferência Municipal da Saúde de 2009	
Anexo IV – Espaços de IP – Sala Snoezelen	
Anexo V – Questionário	

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA I – Política de atendimento da criança e do adolescente	14
TABELA II - Censo populacional e escolar das crianças com necessidades especiais na faixa etária de zero a três anos nos estados e regiões brasileiras	29
TABELA III - Número de consultas puerperais e puericulturais no Programa “Maternidade”	36
TABELA IV - Coeficiente de mortalidade infantil em menores de 1 ano por mil nascidos vivos	36
TABELA V – Identificação dos técnicos participantes	44
TABELA VI – Formação profissional dos técnicos participantes	45
TABELA VII – Tempo de atuação com crianças	46
TABELA VIII – Tempo de atuação na Associação	47

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO I – Esperança de vida ao nascer	33
GRÁFICO II – Atendimento à criança e ao adolescente com deficiência	35

LISTA DE SIGLAS

AISLF	Associação de Sociólogos de Língua Francesa
AMCIP	Associação Mantenedora do Centro Integrado de Prevenção
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
ASA	Associação Americana de Sociologia
CDC	Convenção dos Direitos da Criança
DN	Declaração dos Nascidos Vivos
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ENABLE	Organização das Nações Unidas para a Pessoa com deficiência
IBGE	Instituto brasileiro de geografia e estatística
IDEA	Individuals with Disabilities Education Act
INEP	Instituto nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
IP	Intervenção Precoce
ISA	Associação Internacional de Sociologia
MEC	Ministério da Educação e Cultura
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISC	Programa Assistência Integral à Saúde da Criança
PIAF	Plano de individualizado de apoio às famílias
PIB	Produto Interno Bruto
SNIPI	Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

INTRODUÇÃO

Esta investigação surge do interesse em identificar as concepções que os técnicos em Intervenção Precoce (IP) têm sobre criança e infância e como essas concepções se articulam, a partir dos discursos¹ das técnicas referidas, com as práticas de IP em uma associação de atendimento voltada a Prevenção de Deficiências no sul do Brasil. Tal interesse surge das questões levantadas ao decorrer do curso de Mestrado em Intervenção Precoce (IP), com vistas a perceber de que forma os técnicos de IP do sul do Brasil vêem e concebem as crianças e os seus direitos.

O objeto deste estudo foi orientado por pressupostos teóricos que explicitam o conceito de Sociologia da Infância nortado pela ideia de crianças como atores sociais e de infância como uma categoria de tipo geracional. Estes conceitos de criança e infância, abordados por teóricos que *defendem a autonomia conceitual das crianças e da infância* (Corsaro, 2011), aparecem como embasamento para perceber como os pressupostos são concebidos pelos técnicos atuantes em IP.

Para iniciar, entende-se que é necessário explicitar o campo teórico a partir do qual se inscreve este trabalho de investigação, a interlocução entre a Intervenção Precoce e a Sociologia da Infância.

No tocante as concepções de infância encontradas na literatura ocidental, a ideia inicial dos estudos se referem aos diversos modos de diferenciar as crianças de adultos em variadas épocas e lugares na história da humanidade.

Neste sentido, os estudos do autor preconizador da história social da infância, o francês Philippe Ariès em 1960 (cf. Abramowicz & Moruzzi, 2010), embora já tenha sido largamente explorado em outras pesquisas, aparece neste trabalho na perspectiva de explicitar certas questões, como afirmam Kuhlman (1998) e Marchi (2007), que afastam a ideia da história da infância europeia com a do Brasil. Em sua obra *História Social da Infância*, Ariès afirma que até o século XII havia uma ausência do sentimento de infância na Europa, era como se *não houvesse lugar para a infância nesse mundo* (Ariès, 1986, p.50). Este sentimento foi sendo construído nos séculos a seguir, pela caracterização das crianças, ainda que representadas como adultos em miniatura. Foi entre os séculos XV e XVIII que emergiu o

¹ Para compreender a origem e desenvolvimento do conceito cf. Vala e Monteiro (2010).

sentimento de diferenciação, quando determinados indivíduos começaram a visualizar-se como diferentes das suas crianças.

Apesar da incontestável importância da obra de Ariès para a sociologia da infância, o autor brasileiro Moysés Kuhlman Jr (1998) afirma que tais estudos históricos da infância não encaixam na história brasileira, pois a ausência do sentimento de infância não existiu no Brasil (cf. Abramowicz & Moruzzi, 2010). Em meados do século XVI, com o início do processo de colonização portuguesa e a chegada da Companhia de Jesus ao Brasil, os jesuítas já reconheciam e atribuíam valor às crianças indígenas com o sistema de evangelização. A pedagogia jesuítica tinha a missão de doutrinar a humanidade através da catequese, tendo como alvo as crianças (Cf. Telles, 2006). Os jesuítas tinham a concepção de que as crianças ainda não possuíam valores e tradições assentadas.

Sarmento (2008) afirma que a consideração da infância na perspectiva social ocorre mais precisamente no último quartel do século XX, com um crescente incremento no início da década de 90. As teorias atuais da infância *focalizam diretamente as ações coletivas das crianças com os adultos e seus pares* (Corsaro, 2011, p.81).

As discussões acerca da contextualização da história da criança elucidam que as transformações sociais ao longo dos séculos promoveram mudanças no pensamento sobre a criança de cada época. Tais mudanças são o centro de interesse que regem esta pesquisa, na busca das concepções sociais atuais de criança e de infância que têm os técnicos atuantes em IP, em especial em uma associação no sul do Brasil, aonde ainda há uma carência de pesquisas e publicações acerca da temática.

Ao longo desta pesquisa a busca é então de perceber tais questões: Quais são as concepções de crianças e de infância dos técnicos que atuam em Programas de IP no sul do Brasil? O trabalho desenvolvido considera o sujeito criança ou é fragmentado? Os direitos garantidos no plano legal são reconhecidos nas práticas dos técnicos? Os técnicos vêem a possibilidade de participação efetiva das crianças nas tomadas de decisões?

Em busca de elucidar tais questões e baseado em pesquisas teóricas, fica claramente perceptível que a concepção dos técnicos em relação às crianças é um tema pouco abordado no campo de IP. Partindo deste fato, para investigar as práticas dos técnicos, fez-se necessário analisar as vertentes de produção de teoria, investigação e resultados clínicos, que convergiram de forma a providenciar uma base fundamentada e sólida para o desenvolvimento da IP, o que exerceu diretamente uma influência contínua nas formas de atendimento à criança com necessidades especiais (cf. Bailey e Wolery, 1992). Com isso,

percebe-se que a Intervenção Precoce evoluiu a partir de Dunst (1998) para uma forma de trabalho integrado, centrado na criança e na família, baseado na prevenção e habilitação de crianças com atrasos de desenvolvimento, designadamente do âmbito da educação, da saúde e da ação social. Ainda assim, é importante ressaltar que as formas de estruturas dos programas de IP variam de um país para o outro devido a relação direta com as políticas públicas de cada país (cf. Ambrozio, 2009), como será apresentado mais adiante, afetando diretamente o foco de atuação dos técnicos de IP.

No caso do Brasil, os programas de IP são chamados de Estimulação Precoce por uma questão de nomenclatura e as estruturas dos programas visam a redimensionar o atendimento especializado oferecido às crianças, mediante atualização de conceitos, princípios e estratégias; e orientar e apoiar o atendimento educacional em creche e pré-escola, por meio do esforço conjunto dos gestores das políticas de educação, saúde e assistência social.

Um ponto importante a ressaltar é a dificuldade não só de encontrar investigações que caracterizam as práticas de IP no Brasil, mas também o mapeamento de concepções que os técnicos de IP têm sobre criança e de infância. Esta dificuldade transformar-se num ponto crucial deste trabalho, que pretende ser um pequeno contributo e um estímulo à investigação científica nesta área no Brasil.

Para a realização desta proposta, no primeiro capítulo é discutido a análise da criança como ator social e a infância como construção social (Corsaro, 2011) e a síntese histórica e filosófica dos Direitos da Criança e da Família para compreensão da relação das culturas sociais nas práticas de Intervenção Precoce. Se a análise teórica em IP apresentada neste capítulo pode parecer demorar se excessivamente em questões portuguesas e ou europeias tal deve se ao fato do interesse da autora em perceber realidades outras que as do Brasil não devendo ser, de todo, entendido como qualquer hipotético interesse num estudo comparativo.

O segundo capítulo dedica-se ao levantamento de dados de IP no Brasil para caracterizar os contextos e os sujeitos desta pesquisa. A investigação passa pela trajetória dos programas de IP no Brasil, contextualizando um município e um programa de atendimento específico do sul do país, onde a pesquisa foi realizada. É explorado também neste capítulo o funcionamento da equipe de IP da Associação em estudo. Em seguida, é apresentado os espaços alternativos de IP, a Sala Snoezelen e o Centro Lekotek, ofertados pela mesma Associação.

No terceiro capítulo, dedicado à metodologia, são apresentados os dados que justificam o estudo de caso e o paradigma qualitativo de coleta de recolha e análise de dados,

através de documentos, observações e entrevistas com os técnicos da referida Associação, evidenciando suas características profissionais e opiniões sobre as diferentes concepções de criança e infância.

Nas considerações finais são sintetizadas as evidências empíricas levantadas com os dados teóricos e com a pesquisa de campo, no sentido de analisar a influência das concepções de criança e de infância que têm os técnicos nas suas práticas de Intervenção Precoce.

CAPÍTULO I

CONCEPÇÕES DE CRIANÇA E DE INFÂNCIA

1.1 Análise conceptual de criança e de infância

Para iniciar o desenvolvimento teórico deste estudo, ressalta-se que a Sociologia da Infância (SI) é um dos mais recentes ramos de pesquisa da Associação Internacional de Sociologia (ISA), sendo que na Associação de Sociólogos de Língua Francesa (AISLF) o interesse pelo tema infância surgiu nos comités da sociologia da família e da sociologia da educação (cf. Oliveira & Tebet citado em Abramowicz & Moruzzi, 2010). A primeira investigação na França, cujo núcleo inicial nasceu, sobre as mudanças nos conceitos de infância foi publicada em 1994, sob o título “Infâncias e Ciências Sociais” de Régine Sirota. A Associação Americana de Sociologia (ASA) cria em 1992, em Nova Iorque, EUA, a seção Sociologia das Crianças por Dr. Gertrud Lenzer em busca de promover o desenvolvimento e disseminação das perspectivas sociológicas nas áreas de pesquisa sobre as crianças.

Atualmente as novas perspectivas teóricas da Sociologia da Infância (Prout, 2004), consideradas campos em desenvolvimento em países emergentes como Portugal e no Brasil, são encaradas como campo de pesquisa em construção a nível mundial. Se para Sarmiento (2008) este ainda é um campo em constituição posto que é crescente o número de investigações realizadas especialmente na perspectiva portuguesa, as concepções acerca da criança com deficiência é ainda mais recente na SI.

O novo olhar apontado pelas estas recentes perspectivas é a questão central para a construção social da infância como um novo paradigma, no qual há a necessidade de elaborar e reconstruir as concepções e conceitos associados *à infância e às crianças, porque ele é, em si mesmo, um processo socialmente construído* (Tomás, 2006, p.1). E ainda, evoluir aquele olhar hegemônico sobre os deficientes, que destaca as características físicas e mentais da criança com deficiência, com enfoque puramente clínico da condição, que coloca sob um mesmo rótulo uma variedade de condições de interações e desenvolvimento dos sujeitos (cf. Barros, 2007). Esta perspectiva médica que demarca os limites para o desenvolvimento da criança, descrevendo cada detalhe da anormalidade, suspeitando de toda deficiência, presumindo que *algo está errado, que há alguma coisa equivocada no sujeito, que possuir*

uma deficiência é um problema (Rodrigues, 2006, p.18). Esta perspectiva, onde a deficiência é algo calculado, previsível, analisado numa categoria clínica, não é conveniente para este grupo social, na medida em que “anormalizam” tudo e todos, onde exista o mínimo sinal de deficiência (Rodrigues, 2006).

Parafraseando Barros (2007), a visão social da deficiência possibilita a abordagem em uma forma de ampliação do foco de análise, deixando de ser focada somente nas atribuições físicas e mentais da criança, como também nas representações sociais atribuídas a ela.

A questão é, dada a análise conceptual abordada neste capítulo, compreender na teoria da SI, o ponto de vista dos adultos sobre as representações das crianças e da infância. Uma vez assumido que *os modos como o mundo adulto conceptualiza a infância e as crianças interfere objetivamente nos modos como se relaciona com ela* (Fernandes & Figueiredo, 2009, p.2).

1.1.1 A criança como ator social

O grande diferencial da nova concepção social é a compreensão da criança como ator social. É perceber que elas estão inseridas na vida quotidiana, que seus processos incluem participação em trocas, interações, ajustamentos que permitem e contribuem para reproduzir e transformar a sociedade (Corsaro, 2011; Sarmiento, 2005, 2008; Prout, 2004).

Nesta perspectiva, é imprescindível conceber a criança como agente ativo, sem restrições de cunho passivo à espera de que outros sempre as eduquem como vislumbrava os estudos da sociologia clássica representada pelos trabalhos de Durkheim, sobre a teoria reprodutivista, na qual o indivíduo tende a modelar a criança à sua imagem, e de Weber sobre as lógicas de ação, na qual os indivíduos passam a serem compreendidas por sua capacidade de interagir em sociedade e de atribuir sentidos às suas ações (cf. Sarmiento & Pinto, 1997).

O pensamento acerca da criança, nas perspectivas das correntes de pensamento dominantes é baseado em concepções ambivalentes (Abramowicz & Moruzzi, 2010). Por um lado, a criança em oposição ao adulto, pela falta de maturidade ou de idade, concebida como um ser incompleto e inacabado, que precisa evoluir, para torna-se completo como um adulto. Para Perrotti, (1999) esta visão adultocêntrica do que seja uma criança é redutora, na qual a criança é apenas um vir-a-ser, um futuro adulto. Neste sentido, os processos de socialização

da criança para o tornar-se adulto assume uma posição de dependência e desigualdade, pois os dogmas culturais asseguram a ideia da incompletude e incapacidade infantil. Por outro lado, a vertente mais positiva do desenvolvimento da criança, considerando a criança como um ser biológico que percorre etapas etariamente definidas, ou seja, a natureza se desenvolve na criança. Esta vertente hegemônica ressalta quase exclusivamente os aspectos biológicos e psicológicos da criança, ocultando as dimensões estruturais.

Em contra partida, a Sociologia da Infância problematiza as abordagens adultocêntrica e etnocêntrica (cf. Abramowicz & Moruzzi, 2010), compreendendo que a criança não se restringe a conceitos universais homogêneos, pois o processo histórico nos faz perceber diferentes populações infantis com processos sociais diferentes e com isto serão muitas as definições para infância, que por consequência modifica as percepções e olhares em torno da criança.

Como afirma Marchi (2007), estas abordagens clássicas de concepção da criança como ser passivo se opõem ao paradigma social da criança-ator, no sentido de concepção de criança como ativa, com voz própria. Neste ponto, é crucial perceber que seu envolvimento ocorre com múltiplas relações e processos de interação em diferentes cenários de vida, seja ao perceber transições da vida, como separações, perturbações, desafios e discontinuidades (cf. Woodhead, 2006), em contato com jovens, adultos e idosos, além dos seus pares e para se conceber que o tempo/espço da criança não é um mundo à parte, sem ligações com outros contextos de vida. Sarmiento reforça esta ideia quando afirma que *a infância deve constituir-se como um grupo com um estatuto social diferenciado e não como uma agregação de seres singulares* (2005, p. 363). Assim, a compreensão da participação das crianças passa a ser um fato concreto e a infância reconhecida como um elemento da estrutura social e com categoria específica.

Vale ressaltar que não há necessidade de separar de forma arbitrária o mundo das crianças do mundo dos adultos (cf. Prout, 2004), como se pertencessem a espécies diferentes, visto que o mundo infantil está articulado do mundo adulto. Ao observar o mundo dos adultos, as crianças criam suas percepções, selecionam parte do que apreenderam e na interação com seus pares, confrontam suas experiências e valores, e assim reproduzem interpretivamente e transformam os conteúdos deste mundo. Para a reprodução da cultura adulta, as crianças buscam perceber como os adultos se comportam e os papéis que estes desempenham em seu cotidiano. Como afirma Corsaro (2011, p. 129) a cultura infantil

emerge na medida em que as crianças interagem com os adultos e com os seus parceiros de modo a atribuir sentido ao mundo em que vivem.

Logo ao nascer, a criança está inserida no mundo do adulto, estruturado por relações sociais, afetivas e cognitivas que auxiliam as pessoas a organizarem suas vidas cotidianas e suas relações com o mundo. Durante o seu desenvolvimento, a criança vai constituindo a sua identidade social como membro de um contexto social específico.

Inserida neste contexto específico, a perspectiva sociológica sobre as crianças situa sobre as teorias de reprodução interpretativa (cf. Corsaro, 2011), nas quais as crianças participam não só na construção das suas vidas como também na construção da sociedade. O termo reprodução traz a ideia da contribuição ativa para as produções culturais, e o termo interpretativa abrange aspectos inovadores, transformadores e criativos dos pontos de vista e das participações das crianças nas interações sociais.

As crianças vistas como agentes ativos de sua cultura, participam de rotinas culturais, assumidas como um elemento essencial na reprodução interpretativa (cf. Corsaro, 2011), com atividades recorrentes e previsíveis, fornecendo um quadro através da qual a cultura pode ser produzida, exibida e interpretada. A participação em rotinas culturais tende a plena participação das crianças, desde muito cedo, com brincadeiras por exemplo. No ato de brincar, existe a organização de princípios em uma sequência de elementos – identificação da ação e interação com os participantes - relevantes à compreensão dos processos sociais pelas crianças, resultando na produção de rotinas culturais.

Neste sentido, as crianças interagem e intervêm no mundo com os adultos, uma vez que não assumem o papel de receptoras de algo já construído, mas sim que encaram papéis sociais nas formas como interpretam e integram sua própria cultura.

Vale ressaltar que a perspectiva de conceber a criança como ativa no mundo que a cerca *não significa afirmar que sejam independentes ou que não sofram as consequências das decisões dos adultos sobre suas vidas* (Marchi, 2007, p. 83). Deste modo surge, como afirma a mesma autora, a necessidade de ter um olhar delicado para *perceber que a “emancipação” da criança se dá no plano teórico e não ainda, ou não necessariamente, na vida cotidiana* (Marchi, 2007, p. 84).

Assim, legitimar a criança com um ser ativo, competente, capaz de compartilhar, inovar e ressignificar a sua cultura não é o mesmo que reconhecer a criança como um ser com plena posse e exercício de seus direitos próprios, os direitos das crianças. Ainda que as crianças tenham seus direitos reconhecidos legalmente, continuam com espaços limitados à

participação e cidadania na vida cotidiana, dependentes da guarda de uma figura adulta (cf. Tomas, 2012).

Como tal, perceber de que forma o reconhecimento pleno da criança, considerada deficiente ou não, como ser competente e ativo pode ser efetivo no modo de se trabalhar na prática com crianças, ainda que considerando as características específicas em virtude de sua dependência, é o que torna este capítulo fundamental nesta pesquisa. Quando procura-se conhecer a visão que os adultos, neste caso específico os técnicos de IP, têm sobre as crianças e a infância encontra-se também a possibilidade de pensar sobre as transformações no modo de se trabalhar com as crianças, causadas pelo fortalecimento de sua imagem como ator nas suas relações sociais, acreditando de que esta visão provoca processos de reflexão crítica conducentes a pensar outras formas de intervenção com as crianças, o que nos remete para a relação entre a teoria e a prática a partir de uma perspectiva política e crítica (Bondía, 2002).

1.1.2 A infância como construção social

A reflexão sobre o modo de trabalhar com crianças nos induz a buscar a origem nas transformações históricas que acontecem e nos remetem as ideias e as concepções de crianças, difundido com o pensar sobre as mudanças nas estruturas familiares, nas escolas, nos espaços e no tempo, que nos fazem enxergar as pluralidades dos modos de ser da criança, trazendo à tona a *heterogeneização da infância enquanto categoria social geracional, e o investimento das crianças com novos papéis e estatutos sociais* (Sarmiento, 2004, p. 01).

As teorias tradicionais da infância afirmam a premissa de molde, adaptação e individualismo, no qual a criança precisa internalizar os conhecimentos adquiridos pela humanidade a fim de ser um *membro totalmente funcional* (Corsaro, 2011). Neste segmento, aparecem dois modelos de socialização: o determinista no qual a criança é tomada pela sociedade e treinada para ser um membro competente; e o construtivista no qual a criança é um membro ativo e ávido de aprendizagem, considerando o seu nível de desenvolvimento cognitivo (cf. Corsaro, 2011).

Esta visão da criança isolada adota um olhar linear sobre a infância, numa perspectiva que consiste em que a criança adquira conhecimentos necessários para vir a ser, como afirma

Corsaro, um *adulto socialmente competente* (2011, p.19), encarando a infância como preparação para o que há-de vir.

A nova concepção da SI exclui a restrita perspectiva da infância repleta de seres inacabados ou imperfeitos e caracteriza a infância como período único na vida humana, pelo qual todo indivíduo passa, com características próprias infantis.

O novo pensar sobre a infância como categoria geracional, revela a doutrina coletiva, na qual seus sujeitos se adaptam, se apropriam e também produzem e inventam espontaneamente a cultura (Corsaro, 2011).

É possível afirmar que a noção relativa à infância traz a ideia de que existe a pluralidade das infâncias, as quais são interpretadas e (re) construídas socialmente em seus grupos e processos sociais (cf. Coelho, 2007), a infância é marcada pela heterogeneidade e diversas condições de existência. A complexidade dos modos de ser da criança é assim uma realidade reconhecida, assumindo que as infâncias podem variar de acordo com seu contexto e gênero - a infância de uma criança oriental não é a mesma de uma ocidental, a do menino é diferente da menina – visualizando assim a existência de múltiplas infâncias.

Parafraseando os autores Kuhlmann Jr. & Fernandes (2004), a infância e suas pluralidades são circunscritas a um discurso histórico, fruto de variados contextos. A criança concreta, datada, situada, constrói e (re) constrói seu contexto, ao mesmo tempo em que contribui não só para a sua representação como parte de uma categoria social, mas também criar e reproduzir cultura.

É extremamente importante observar que a reprodução da cultura infantil ocorre na interação com os outros – adultos e pares - e não como indivíduos isolados, fato este que pode influenciar diretamente o trabalho desenvolvido com crianças, neste caso, com crianças inseridas na IP.

De acordo com Pinto (1999), o mundo cultural da criança influencia-se com o dos adultos de diversas maneiras: se, por um lado, as crianças reagem à cultura do adulto, tentando dar-lhe sentido, por outro retiram de sua experiência familiar o modo como tratar os pares. O autor afirma ainda que alguns aspectos da cultura entre parceiros vão afetar a forma pela qual as crianças interagem com os pais e com outros adultos numa (re) produção cultural.

Assim, o que tem sido central nesta compreensão é a dicotomia que a infância ou as infâncias apresentam situadas nos lugares que as diferentes sociedades reservam para elas: infâncias múltiplas, diversificadas, constituídas em diferentes culturas, contextos sociais, tempos e espaços de vida. Por isso, a infância é reconhecida com duplo carácter, ao mesmo

tempo em que a infância se apresenta como comum a todos, pois toda criança passa pela infância, também se mostra fragmentada, marcada pelas diferenças de direitos, de deveres, de acesso a privilégios, de faltas, de restrições (cf. Marchi, 2007).

Reside aqui uma das mais importantes contribuições da SI em fazer emergir as diferentes experiências de infância, sejam mediadas por gênero, geografia, classe, etnia, religião. As possibilidades das crianças viverem suas infâncias estão profundamente ligadas a tais elementos mediadores, reconhecidas como agentes ativos e pertencentes a uma categoria social geracional (cf. Sarmiento, 2006).

1.1.3 Direitos da Criança: a legislação no Brasil

Neste tópico, é apresentada uma síntese da história dos direitos da criança, com foco nas mudanças sociais e seu impacto na legislação. O objetivo é compreender a política mundial que embasa os direitos da criança para delinear a situação social específica do caso do Brasil referente a um melhor conhecimento das suas políticas de direitos. No âmbito da legislação para crianças com deficiências e o suporte para as suas respectivas famílias, vale ressaltar algumas considerações das condições sociais, econômicas e culturais das famílias brasileiras.

O século XX, considerado fundamental na descoberta da criança como um sujeito de direitos, tem sido significativo na percepção da *importância de olhar a criança sob esse ângulo e, diante da sua fragilidade e dependência, procurar meios para protegê-la levou vários seguimentos da sociedade e instituições a lutar pela elaboração de leis em sua defesa* (Gomes, Caetano & Jorge, 2008, p. 62).

Em 1923, uma organização não governamental, a *International Union for Children Welfare*, promulgou as primeiras leis de proteção à infância. Esse documento foi incorporado na primeira Declaração dos Direitos da Criança de 1924, em Genebra, pela Liga das Nações. Relativamente à promoção dos direitos das pessoas com deficiência encontrada na Organização as Nações Unidas para a Pessoa com Deficiência (ENABLE), agência designada pela Organização das Nações Unidas (ONU) através da predecessora Liga das Nações, que trata da promoção dos direitos das pessoas com deficiência, bem como projetos direcionados à prevenção do problema e à reabilitação daquelas pessoas, foi instituída, no âmbito da instituição (cf. Silva, 2011).

Ainda que com a criação da Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 1948, que abrange os princípios universais e a adaptação aos acontecimentos contemporâneos de todos os seres humanos (cf. Gomes, 2001) houve necessidade de se criar outro documento que falasse especificamente da criança. Aprovada por unanimidade e proclamada na Assembleia Geral das Nações Unidas em 1959, a Declaração dos Direitos da Criança surge em um momento considerado de muita importância para a infância, quando esta passa a ser vista como sujeito de direitos, preservando sua dignidade como pessoa humana.

A declaração abrange direitos baseados nos princípios de Direito à igualdade, sem distinção de raça, religião ou nacionalidade; Direito à especial proteção para o seu desenvolvimento físico, mental e social; Direito a um nome e uma nacionalidade; Direito à alimentação, moradia e assistência médica adequada para a criança e sua mãe; Direito à educação e a cuidados especiais para a criança física ou mentalmente deficiente; direito ao amor e à compreensão dos pais e da sociedade; Direito à educação gratuita e ao lazer infantil; Direito a ser socorrido em primeiro lugar, em caso de catástrofes; Direito a ser protegida contra o abandono e a exploração no trabalho; e Direito a crescer dentro de um espírito de solidariedade, compreensão, amizade e justiça entre os povos (Barroso, 2000).

A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (CDC) de Novembro de 1989 é o primeiro instrumento multilateral sobre os direitos da criança, que *passa a ser considerada como cidadão dotado de capacidade para ser titular* (Tomás, 2012, p. 18). O fato de este ser o primeiro instrumento internacional vinculativo não significa, antes pelo contrário, que a comunidade internacional fez um percurso até ele, que nada houvesse antes, em 1924 a Liga das Nações, que antecedeu as Nações Unidas, aprovou o *World Child Welfare Charter*. Este documento é, de algum modo, o “antepassado” da atual Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança como já fora citado acima. Vale ressaltar que foi com a elaboração da CDC que um novo lugar social foi dado às crianças, referendando seu direito à proteção, provisão e participação, além de ampliar e tornar mais dinâmicas as atividades das principais organizações internacionais cujos fins englobam a proteção à infância, entre eles o Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF.

A CDC foi completada por um conjunto de outros instrumentos competentes a situações que sejam como a que se ocupa da utilização de crianças em cenário de guerra como crianças soldado ou, na utilização de crianças para prostituição e pedopornografia. Outros instrumentos internacionais, multilaterais, como os que a seguir se indicam, ocuparam-se de aspectos específicos como sejam os inerentes ao estatuto civil da criança (Convenções da

Haia e do Conselho da Europa), ou focaram a criança enquanto elemento frágil de algo mais vasto, como a Convenção Cibercrime do Conselho da Europa, ou o Protocolo Adicional à Convenção das Nações Unidas sobre a utilização das crianças em conflitos armados (as crianças soldado).

No Brasil, a compreensão da questão dos direitos da criança tenciona a uma análise do resgate histórico para melhor percepção das questões civis desta sociedade tão desigual, onde *o estatuto da cidadania fica restrito ao seu aspecto formal* (Costa & Mandalozzo, 2007, p. 110).

A proteção social para as crianças no país caminhou juntamente a modernização da sociedade. As novas condições de vida que se fizeram realidade, dentre as quais o ingresso das mulheres no mercado de trabalho, geraram um agravamento do quadro social brasileiro, o que levou a necessidade de criar mecanismos legais e institucionais de proteção a criança.

A lei 7853/89, regulamentada pelo Decreto 3298/99, dispõem sobre a política nacional para integração da pessoa portadora de deficiência. As normas desta lei visam garantir um programa de educação individualizado para cada criança com indicação de quais tipos de educação especial e serviços relacionados esta criança irá receber.

É também nesta legislação que aparece a figura familiar considerada como apoio na proteção a criança. Os pais têm o direito de participar de cada decisão relacionada à educação de seus filhos e de contestar e apelar contra qualquer decisão a respeito da identificação, avaliação ou colocação de seu filho (a).

Em seguida, a promulgação do estatuto que transformou crianças e adolescentes em *sujeitos de direito* (Rizzini, 1993) trouxe grandes mudanças na concepção e no tratamento da infância e da adolescência, colocando todas as crianças sob o mesmo código. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, cria um olhar sobre a criança em sua condição essencial, embasado em uma lei de igualdade entre os sujeitos, que não classifica a infância em conformidade a sua classe econômica. De acordo com o estatuto, todas as crianças e adolescentes são portadores de direitos que necessitam de atenção, alimentação, educação, atendimento na saúde.

Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8.069/90).

Ao enfatizar os direitos fundamentais descritos no ECA relacionando-os às políticas prioritárias e seus eixos centrais de atendimento, é possível delinear as políticas de assistência conforme visualizado na tabela I a seguir:

Tabela I: Política de atendimento da criança e do adolescente

Eixo Central	Política Prioritária	Direitos Fundamentais
Sobrevivência	Saúde	à vida, à saúde e à alimentação
Desenvolvimento pessoal e social	Educação	à educação, à cultura, ao desporto, ao lazer e à profissionalização
Integridade física, moral, psicológica e social.	Proteção Especial	convivência familiar e comunitária, a liberdade, a dignidade e o respeito.

Fonte: PARANÁ, 2001, p.12

O Brasil ratificou em 2008 a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Este é o instrumento mais atual no trabalho de inclusão das crianças com deficiência em todas as rotinas educacionais e sociais, a fim de garantir seu direito ao desenvolvimento pleno.

É possível verificar que, a partir da Constituição Federal de 1988, do Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990 e da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996, a criança no Brasil passa a ser objeto de legislação sob o enfoque de sujeito social.

Há na legislação brasileira decretos, entidades e órgãos que dão respaldo ao trabalho com crianças com deficiências dos 3 aos 21 anos. E é também possível encontrar escolas e instituições que fornecem programas para crianças com menos de 3 anos de idade mesmo quando isso não é exigido por lei. Muitos desses programas recebem financiamento federal, como é o caso da Associação aliada a esta pesquisa, e se embasam em leis definidas para as áreas da educação (MEC) e da saúde (Programas municipais de atendimento).

Assim, o ponto crucial deste capítulo emerge da indagação sobre a relação dos direitos da criança representados nos programas de IP, na falta de há uma lei consistente que elucide os processos a serem desenvolvidos na área. Como o trabalho realizado em programas de IP leva em consideração as especificidades das crianças, respaldadas no artigo 17 do ECA²? As crianças têm seus direitos reconhecidos e garantidos nas ações desenvolvidas? Como trabalhar com crianças de maneira a promover o seu direito de participação?

Quando se pensa em direitos das crianças no planejamento das ações a ser seguidas, Kramer (2011) enfatiza que *o importante é a garantia de que as crianças sejam reconhecidas nas suas necessidades, (...), e que o trabalho seja planejado, discutido e acompanhado nesta perspectiva* (p. 80).

² Art. 17. O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, idéias e crenças, dos espaços e objetos pessoais. (Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8.069/90).

A garantia dos direitos da criança na prática, neste caso, nas sessões de atendimento em IP, se faz com a interpretação cabível da legislação vigente. No caso do texto do ECA, a redação propõe a verificação do discurso dentro dos marcos legais e situacionais, como a definição de família, desmitificando como sendo natural, passando pelo reconhecimento da diversidade das organizações, enfatizando as capacidades de proteção e socialização de suas crianças e adolescentes. Assim como o brincar, que aparece como um direito humano garantido a toda e qualquer criança e adolescente por inúmeras leis, como a Convenção sobre os Direitos da Criança, de 1989 (Art. 31), a Constituição Federal (Art. 217) e o Estatuto da Criança e do Adolescente (Art. 4 e 16):

Art. 4º: É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. (Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8.069/90).

Sendo assim, a percepção do valor atribuído às crianças e a relação com os direitos sociais e fundamentais que lhe cabem é essencial quando busca-se entender qual é a concepção que os técnicos de IP têm sobre as crianças e a infância. Sabe-se que os direitos sociais e fundamentais das crianças são reconhecidos como inerentes, evidenciando que, no atual contexto social brasileiro, as legislações proclamam que a criança é reconhecida como sujeito social de direitos. Contudo, o desrespeito as leis ainda acontece e é essencial mostrar as formas com que os direitos possam ser garantidos nas diversas áreas da vida cotidiana

1.2 Breve análise da Intervenção Precoce: objetivos, definição e programas

A perspectiva Ecológica do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner considera o processo de interação da criança inserida em vários contextos, do qual fazem parte os vizinhos, a comunidade e o sistema institucional e cultural, é vista como uma referência no que diz respeito a fundamentação da teoria e prática da Intervenção Precoce (IP).

Segundo Bairrão & Almeida (2003) a primeira teoria de Bronfenbrenner em 1979 remete-nos a localizar no espaço e no tempo os vários contextos de socialização da criança. Para tal, o autor apresenta um modelo de hierarquia de quatro sistemas, progressivamente mais abrangentes, organizado de forma concêntrica e interdependente. O primeiro nível será o

Microsistema, do qual fazem parte as inter-relações da criança com os seus contextos de vida; o Mesosistema que compreende as inter-relações entre os contextos principais que contêm a criança (microsistemas) e do qual fazem parte as estruturas, as relações e os processos, que ocorrem entre dois ou mais cenários de vida da criança (ex: relações pais – educadores, pais – terapeutas, etc.); o Exosistema, que envolve os cenários mesosistémicos e que se define como as relações e processos que ocorrem entre dois ou mais cenários, em que pelo menos um não contém a pessoa em desenvolvimento (ex: as relações entre a casa e o local de trabalho dos pais); e finalmente, o Macrosistema que inclui os padrões institucionais da cultura de uma dada nação, abrangendo os sistemas económico, social e político, onde micro, meso e o Exosistema se inserem. Este sistema de níveis (ANEXO I) permite-nos olhar para a criança como centro e examinar cada nível de forma alargada a partir da perspectiva dos serviços de IP e discutir os caminhos profissionais adequados para cada um destes níveis (cf. Bailey & Wolery, 1992).

Em 1989, Bronfenbrenner reformula seu modelo original de Ecologia do Desenvolvimento Humano, implicando, sobretudo nas fases precoces do processo de desenvolvimento humano, no sentido de completar e melhorar a sua teoria.

O autor dá-nos uma nova definição de ecologia do desenvolvimento denominada Modelo Bioecológico, considerando-o *o conjunto de processos através dos quais as propriedades das pessoas e do ambiente interagem para produzir continuidade e mudança nas características da pessoa no decurso da vida* (Bronfenbrenner, 1989, p.191).

Este modelo vem realçar as características da pessoa considerando que esta está inserida num sistema ecológico de níveis integrados e inter-relacionados, recolocando as interações como um aspecto central na compreensão do processo de desenvolvimento. Faz uma distinção fundamental entre o conceito do meio ambiente e os seus processos, que ocupam uma posição e se definem em termos da sua relação dinâmica e recíproca entre ambiente e características da pessoa em desenvolvimento.

O modelo Bioecológico de Bronfenbrenner apresenta possibilidades para analisar aspectos da pessoa em desenvolvimento, do contexto em que vive e dos processos interativos que influenciam o próprio desenvolvimento humano ao longo do tempo e do período histórico em que a pessoa vive. Assim, o autor apresenta, sobretudo, preocupação com as interações douradora no que se refere como processos próximos (Bairrão & Almeida, 2003). Estes processos são definidos como as situações diárias e rotineiras do aprendizado e

desenvolvimento da criança, desde a parte da alimentação como as atividades mais minuciosas.

Este modelo reformulado associa alguns dos conceitos conduzidos por Sameroff (1975) e o seu Modelo Transaccional (Bairrão & Almeida, 2003), e começa a preocupar-se com as interações que duram ao longo do tempo, num contexto que refere como processos próximos.

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

A perspectiva ecológico - transaccional do desenvolvimento humano foi determinante na IP e teve implicações sobre como fazer IP. Devido a este modelo, a intervenção focada na criança passou a assumir um modelo centrado na família. Esta perspectiva pressupõe uma abordagem holística assumindo que as partes do sistema são inseparáveis.

Deste modo, o objetivo da IP foi evoluindo a fim de obter informação e conhecimento que promovam o desenvolvimento da criança com atraso no desenvolvimento, assim como de competências funcionais no seu contexto familiar e na comunidade em que está inserida. Para além de identificar os objetivos funcionais em nível do desenvolvimento da criança, identificar também os objetivos dos pais, com o intuito de planejar uma intervenção que tenha sempre em conta as necessidades da criança e da sua família estabelecendo o aumento das competências e poder (Enablement and Empowerment de Dunst & Trivette, 1996) baseados nas forças e recursos das famílias.

Neste sentido é possível construir, como afirma Alves (2009), a partir das capacidades das famílias, apoiados nos recursos naturais antes dos recursos profissionais, os aspectos fundamentais das práticas centradas nas famílias.

Como já fora citado, os programas de IP variam de acordo com a legislação de cada país e é fundamental apresentar os diferentes sistemas para ter uma visão vasta das experiências em IP. No caso de Portugal, as políticas de IP seguem o Modelo de Intervenção Centrada na Família, respaldado pelo decreto-lei n.º 281/2009, que também cria o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). O enquadramento legal reforça a ideia

de a família ser um componente ativo do programa de IP, ao considerar, no artº3 *que a intervenção precoce deverá ser o conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social*. Em Espanha, a “Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana” (FEAPAT) desenvolve os trabalhos de IP através de programas de saúde de acompanhamento do desenvolvimento infantil, de programas de política social de atenção à família e de programas de educação precoce (cf. Ambrozio, 2009).

Nos Estados Unidos, o *Program for Infants and Toddlers with Disabilities, inserido no Individuals with Disabilities Education Act (IDEA)* de 2004, dispõe das políticas dos programas de atendimento para crianças de até dois anos de idade com atraso no desenvolvimento e suas com famílias³.

Atualmente, cada estado Americano recebe subsídio do governo federal para implementar serviços de IP, estabelecendo os critérios de elegibilidade dentro dos parâmetros estabelecidos pelo governo federal, e como referido no direito público.

No que diz respeito ao Brasil, o programa de Intervenção Precoce encontra respaldo legal embasado em legislação da área educacional e da saúde, que fazem referência e elucidam os caminhos a serem seguidos em IP.

Na área da saúde, o Programa “Nascer Aqui Vale a Vida” foi criado, dentre outros existentes, com objetivo de dar atenção à saúde do bebê⁴. Este programa foi posteriormente substituído pelo atendimento alargado da saúde maternal pública chamado “Maternidade”, no qual há um trabalho de atenção especializado nos componentes de Planejamento familiar; Pré – Natal, Parto e Puerpério; e a Saúde Infantil. No âmbito educacional, a IP está inserida na área de educação especial e é entendida como atendimento especializado oferecido às crianças com necessidades especiais de zero a três anos de idade, sendo considerado como competência da área educacional, definindo esse atendimento como Estimulação Precoce (MEC, 2000).

³ Os objetivos dos programas de atendimento inseridos no IDEA visam à melhoria do desenvolvimento de crianças com deficiências; a redução dos custos educacionais minimizando as necessidades subsequentes da educação especial; diminuir as possibilidades de institucionalização e maximizar a independência de vida; e o aumento das capacidade das famílias ao reconhecer as necessidades de suas crianças.

⁴ Em Março de 1993 foi criado o programa municipal “Nascer aqui vale a vida” de combate a mortalidade materno-infantil, com propósito de preparar a mãe para a gravidez, atender o período de gravidez, e acompanhar cada mãe e cada recém-nascido até os 5 anos de idade.

Assim sendo, a concepção de Intervenção Precoce atualmente abrange conjunto de serviços e apoios, que podem ser prestados em diferentes contextos, e que se constituem com base numa relação de parceria entre técnicos e família, com *o objetivo de promover o desenvolvimento das crianças, em idades precoces, (...) com atraso de desenvolvimento, e de melhorar a sua qualidade de vida, assim como a das suas famílias* (Almeida, 2009, p. 74).

1.2.1 Modelo de Intervenção Precoce centrada na família

As influências do processo de interação das famílias em IP têm sido abrangidas nas pesquisas com notáveis resultados que afirmam a positiva influência na qualidade da interação criança e pais (Guralnick, 1998; Gallagher, 1998). Os aspectos referentes ao apoio as famílias com crianças deficientes insere-se num contexto internacional, visto que muitos países desenvolvem práticas centradas na família (Correia & Serrano, 2000).

Inicialmente os serviços de IP eram centrados exclusivamente na criança, com práticas baseadas em modelos clínicos, nos quais os profissionais eram considerados *experts*, e, por conseguinte, *os únicos capazes de intervir e cuidar dos problemas que a criança apresentava* (Correia & Serrano, 2000, p. 13). Nesta prática, o envolvimento familiar era desconsiderado, visto até mesmo como uma barreira nos serviços.

O programa inovador considerado precursor por enfatizar a relação família-profissionais foi o *Head Start nos anos 70 nos Estados Unidos*. Foi nesta etapa que os pais começaram a ser vistos como parceiros dos programas e poderiam dar continuidade aos trabalhos dos profissionais.

São muitos os autores, bem como os trabalhos de investigação, que têm evidenciado claramente que as oportunidades para um bom desenvolvimento estão, fundamentalmente, dependentes do contexto familiar no qual a criança cresce. Como refere Guralnick (1998), os resultados que a criança alcança, em termos de desenvolvimento, são grandemente dependentes dos padrões de interação familiares dos quais a qualidade das interações pais/criança, o tipo de experiências e vivências que a família lhes proporciona, bem como aspectos relacionados com os cuidados básicos em termos de segurança e saúde, surgem como particularmente determinantes. A família em termos gerais, e especialmente os pais, têm sido tradicionalmente os primeiros prestadores de cuidados, os organizadores, os modelos

de comportamento, os disciplinadores e os agentes de socialização, num papel evidente de educadores dos seus filhos.

É nesta perspectiva que as práticas de Intervenção Precoce caracterizam-se como um conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, na qual todos os técnicos estão envolvidos num espírito de cooperação e articulação de informações e decisões.

Nesta abordagem de carácter transdisciplinar, o funcionamento da equipe acaba por ser de co-responsabilidade com a família, potenciando-se assim os efeitos da abordagem multidisciplinar de todos os envolvidos (cf. Franco, 2007).

Este modelo de trabalho baseia-se num plano integrado de ação, com participação ativa das famílias, considerando-as como unidades de intervenção, buscando enfatizar os seus pontos fortes e fortalecer os seus pontos mais frágeis, incentivando a procura e a construção de soluções próprias adaptadas a cada caso (cf. Almeida, 2004).

Dunst apresenta em 1985 um modelo referido *como modelo de primeira geração*, no qual fundamenta toda a sua construção e evolução teórica posterior (cf. Almeida, 2004). O autor propõe os princípios e componentes de uma nova perspectiva, assente numa intervenção baseada numa compreensão sistêmica da família. Surge então o Modelo de Apoio Social Centrado na Família de Dunst (1998), dividido em necessidades e aspirações da família, estilo de funcionamento familiar (forças e capacidades), apoios e recursos sociais e o comportamento de ajuda do profissional.

As investigações realizadas resultaram em uma melhor compreensão dos vários elementos das práticas centradas na família, levando Dunst a concluir, que estas são *um caso particular das práticas de ajuda eficazes associadas à promoção de capacidades e ao fortalecimento dos alvos dessas práticas* (Almeida, 2010, p.12). Assim, o autor nomeou este modelo de práticas de ajuda centradas na família.

É neste contexto que evolui o conceito de Dunst, Trivette & Deal (1998 citado *in* Alves, 2009) com a expressão de dar poder (*empowerment*), que enfatiza a capacitação e habilitação das famílias a fim de decidirem quais os serviços que consideram mais adequados para si, e a de capacitação (*enabling*) das famílias, que não só as torna realmente mais competente, como lhes aumenta o seu sentimento de autoconfiança sentimento fundador para uma maior independência e autonomia. O conceito de fortalecimento das famílias é crucial neste modelo de trabalho, pois promove autonomia para as famílias identificarem e colocarem em prática soluções definidas como prioridades próprias. O objetivo dos programas de apoio à família é o de capacitar e fortalecer os indivíduos, aumentando e promovendo as capacidades,

individuais e do conjunto da família, que apoiam e fortalecem o seu funcionamento(cf. Dunst & Trivette, 1994 citado por Almeida 2009).

Assim, a tomada de decisões e a colaboração equitativa entre profissionais e famílias define o trabalho a desenvolver. A expansão do trabalho não se restringe somente aos técnicos, mas a equipe alargada onde a família é o parceiro por excelência. É importante a equipe organizar e facultar os recursos às famílias para que coloquem em prática as suas soluções.

Ainda que os amplos estudos sobre os bons resultados do envolvimento ativo das famílias nos processos de desenvolvimento sejam respaldados pela Política Nacional de Educação Especial (BRASIL, 1994), as pesquisas realizadas no Brasil mostram que existem pouco envolvimento dos pais, em geral limitam a participação dos pais em prestar informações ou levantar expectativas e opiniões sobre assuntos específicos (cf. Williams e Aiello, 2001, p. 21). Os estudos encontrados evidenciam a preocupação pelo entendimento do funcionamento das famílias com crianças deficientes, os fatores que contribuem para que a criança obtenha os atendimentos necessários como os recursos financeiros, os limites sociais e psicológicos que a família enfrenta com uma criança de desenvolvimento atípico - o estresse parental⁵.

1.2.2 Plano Individualizado de apoio as famílias

Assumindo que o modelo de Intervenção Precoce Centrado na Família abordado no capítulo anterior, seja o ideal a ser seguido em IP, aparece o Plano individualizado de apoio as famílias (PIAF), considerado por diversos autores como *a pedra angular de uma intervenção centrada na família* (Almeida, 2007), por ser um documento individualizado que tem como finalidade orientar todo o processo de intervenção (ANEXO II).

É neste documento que se registram as competências e preocupações, bem como princípios e objetivos da família, seus recursos e necessidades ao longo da intervenção, o desenvolvimento actual da criança e os objetivos de intervenção directa nas várias áreas de desenvolvimento. Para a construção do PIAF, a família e técnicos trabalham em equipe, com

⁵ Para compreender o tema Estresse Parental cf. Minneto, 2010.

vista a planear uma intervenção adequada às necessidades específicas de cada família, embasadas em evidências empíricas.

Alves (2009) afirma que a construção do PIAF *é um processo moroso, pois exige o consenso, sensibilidade e abertura para inquietações/ decisões* (p. 82). O plano deve ser construído em conjunto pelos técnicos e pela família, mas é essencialmente um documento *de e para* a família.

É essencial que plano seja individualizado, visto que as necessidades das crianças e das famílias são características variáveis. Os elementos considerados essenciais no PIAF podem variar de acordo com cada país. Como exemplo, podemos citar o Decreto – Lei n.º 281/2009 de Portugal, que aponta os itens necessários para um modelo de PIAF, como apresentado a seguir: Identificação; Equipe técnica; Concordância da família; Conhecendo a família (Interesses, necessidades e prioridades); A nossa família tem (pode contar com: capacidades, serviços, pessoas, recursos, outras forças/ competências); Conhecendo melhor a criança; Pessoas com que se pode contar; Para a criança ser capaz de; Para a nossa família ser capaz de; e Avaliação.

Na elaboração do PIAF, é interessante começar por identificar e compreender os graus de parentesco do agregado familiar da criança. Para tal, é necessário conhecer a família e seus interesses, necessidades e prioridades, assim como fazer o levantamento das capacidades, pessoas, dos recursos/forças existentes que considera importantes para ajudar a família. A caracterização da criança aparece em seguida, tendo em conta as capacidades, dificuldades, gostos e rotinas.

Seguidamente, é importante detectar e conscientizar a família das suas capacidades e da percepção dos seus objetivos, do que conseguiu atingir até agora e do que ainda precisa de resolver.

O PIAF ainda deve apresentar a concordância da família, que é o “termo de consentimento informado” que visa estabelecer um acordo e comprometimento entre família e responsável de caso relativamente ao processo de intervenção.

Assim, apontados os itens essenciais na vida da criança e da família, de acordo com o referido decreto-lei, o plano deve englobar as necessidades e prioridades da família como um todo, visando fortalecer e capacitar a família, promovendo assim o desenvolvimento da criança.

Após a construção do PIAF, é definido a implementação dos planos que se designou. Para isto, é também extremamente importante a inclusão da família no trabalho

transdisciplinar dos técnicos. Cabe ao responsável de caso o desenvolvimento do programa de intervenção, analisando rotinas e contextos para identificar as oportunidades de aprendizagem para a criança e seleccionar as estratégias, mais eficazes e confortáveis para a família, para atingir os Papel da família na Intervenção Precoce: a intervenção centrada na família e na comunidade (Almeida, 2007).

Importa referir que o PIAF não é um documento estanque, é sim um processo que decorre e modifica desde o início do trabalho de Intervenção Precoce, com a colaboração, participação e envolvimento da família.

1.3 O Técnico de Intervenção Precoce: papel e ação

O trabalho de Intervenção Precoce (IP), pela sua complexidade, exige o envolvimento de uma equipe de trabalho composta por *profissionais de diferentes áreas, com dinâmicas multidimensionais, inclusivas e colaborativas, que procuram responder a um conjunto de necessidades das crianças e das famílias* (Gallagher & Tramill, 1998; Felgueiras, 2000 in Alves, 2009, p. 68). Segundo Bolsanello, conhecer a atuação dos técnicos de intervenção precoce *permite a visualização de como ocorrem as práticas, tanto as avaliativas como de intervenção, no âmbito desse atendimento, bem como as concepções que direcionam a atividade dos profissionais nele envolvido.* (2003, p. 345).

Assim, para compreender como os técnicos atuam em IP, é necessário saber que as diferentes equipes e serviços devem *trabalhar articuladamente, devendo cada Estado designar o Serviço Coordenador e um Conselho de Coordenação* (Gallagher & Tramill, 1998, Meisels & Shonkoff, 2000, Shonkoff & Meisels, 1990 in Pimentel, 2004, p.73). Os profissionais de IP devem entender que noções de colaboração e cooperação são competências necessárias juntamente com as técnicas da sua área de especialização para desenvolver os serviços a um nível mais global. No entanto, a sua eficiência no uso destas competências depende muito da sua capacidade de comunicar com as famílias.

O conceito de colaboração entre serviços e entre técnicos dos mesmos serviços leva a que o trabalho de equipe se torne interdisciplinar, recomendando-se que, para cada situação, seja definido um "gestor de caso", cuja principal função será analisar, sintetizar e integrar a informação e as recomendações num único plano de intervenção. Esta abordagem, e mais ainda a abordagem transdisciplinar, permite que à família sejam oferecidos serviços articulado.

(McCollum & Maude, 1993 in Pimentel, 2004, p. 74).

Neste sentido, a constituição de uma equipe deve ser formada por técnicos com *perfil flexível, dinâmico, onde a empatia, partilha, aceitação e articulação entre os intervenientes se constituam como atitudes constantes na sua ação* (Alves, 2009, p. 70).

O compromisso de comunicação entre a equipe e família cria as condições necessárias à execução do plano de intervenção e favorece resultados mais efectivos para o desenvolvimento global da criança e as prioridades da família. Assim, faz-se necessário que o técnico trabalhe nos contextos de vida da criança, valorizando os conhecimentos e capacidades dos pais, alinhando práticas apoiadas em evidências empíricas.

De acordo com Bailey & Wolery (1992), o técnico de IP tem, na sua prática, a responsabilidade de seleccionar, implantar e avaliar os serviços de intervenção que considera mais eficaz no que diz respeito à criança e à sua família. Tais profissionais provêm de formação de diversificadas áreas como Educação, Saúde, Ação Social e outras Entidades⁶.

Esta perspectiva sistémica dos serviços permite o desenvolvimento de uma acção transdisciplinar tendo como componente central as necessidades e prioridades das famílias. Segundo Pimentel (2004), em cada uma das áreas, os componentes que devem ser considerados pelos técnicos de IP são:

1. Oportunidades de aprendizagem da criança que devem ser interessantes e motivar o seu envolvimento ativo, resultando num sentido de controle por parte da criança relativamente às suas competências;
2. Apoio aos pais - informação aconselhamento e orientação – que possa não só fortalecer as competências e conhecimentos parentais já existentes como promover as novas competências necessárias para cuidar da criança e providenciar-lhe oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento;
3. Apoio familiar e comunitário que inclui qualquer tipo de recurso intrafamiliar, informal, comunitário ou formal de que os pais necessitem para desempenhar a sua função parental;
4. Estilos parentais e atividades de ensino, resultantes da intersecção entre os componentes as oportunidades de aprendizagem de criança e o apoio aos pais, que devem caracterizar-se pela responsividade e contingência às iniciativas da criança promovendo assim o seu melhor desenvolvimento;

⁶ A equipe ideal de IP deve então composta pelos seguintes profissionais: pedagogo, psicólogo, fonoaudiólogo, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, médico (pediatra, otorrinolaringologista, oftalmologista, neurologista).

5. Contextos de atividade familiares e comunitários, resultantes da intersecção entre os componentes as oportunidades de aprendizagem da criança e o apoio familiar e comunitário, que definem os contextos de oportunidades de aprendizagem que fazem parte da vida da família e da comunidade;

6. Oportunidades e experiências de participação, resultantes da intersecção entre os componentes o apoio aos pais e o apoio familiar e comunitário, que definem as relações dos pais com os membros da sua rede formal e informal de apoio e têm grande influência nas atitudes e comportamentos parentais.

Desta forma, cabe referir a importância deste estudo em conhecer os princípios adotados pelos técnicos de uma equipe e como devem ser apoiados na articulação de domínios (científicos, técnicos, famílias, criança, organizações e instituições) com a finalidade de remediar; habilitar e capacitar a família para a sua autonomia e tomadas de decisões. É papel do técnico organizar e facultar recursos à família para que esta coloque em prática as suas soluções, favorecendo o desenvolvimento e bem-estar integral da criança.

Sendo assim, a ênfase em conhecer a atuação destes profissionais apresentadas neste capítulo remete-nos a compreender e refletir as práticas, levantando hipóteses sobre as concepções que se tem da criança e da infância são concebidas nas ações realizadas.

CAPÍTULO II

CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO E DOS SUJEITOS DA INVESTIGAÇÃO

2.1. Intervenção Precoce no Brasil

A possibilidade de identificação de indivíduos de maior vulnerabilidade, antes do evento que predizem, e sua utilização para a tomada de medidas de prevenção e compensação fundamentam os programas de Intervenção Precoce (IP).

A história da IP no Brasil caminha juntamente com o histórico da área da saúde materno-infantil no país. Na década de 70, a Organização Mundial de Saúde (OMS) aderiu à proposta do enfoque de risco em recém-nascidos. No Brasil, estratégias para os casos de risco ganharam mais atenção aquando da Reforma Sanitária em 1988, impulsionada pelas alterações no cenário político que o país enfrentava.

Foi então elaborado o Programa Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). O objetivo central era assegurar a assistência integral à saúde da criança, através de ações básicas como a promoção do aleitamento materno e orientação alimentar no primeiro ano de vida, o controle da diarreia, o controle das doenças respiratórias na infância, a imunização e o acompanhamento do crescimento e o desenvolvimento como metodologia para organização da assistência nessa faixa etária. Estes programas causavam incertezas e dúvidas na interpretação dos conceitos, *gerando dificuldades operacionais e um modelo de atenção à saúde que nem sempre correspondia às condições de vida da população* (Figueiredo e Mello, 2007, p. 10).

Já nos anos 90, começa no setor de saúde a valorização do tema família (Melo, Viera, Biasoli-Alves & Nascimento, 2005). O PAISC é então elevado a nível nacional, com vistas na tentativa de reorganizar a atenção básica em saúde da família. A implantação da Declaração de Nascido Vivo (DN), em Setembro de 1992, foi definida como instrumento básico para identificação de crianças de risco no momento do nascimento.

Diante desta reestruturação, nasce em 1993 o projeto “Nascer Aqui Vale a Vida” em certo município do sul do Brasil, com o objetivo inicial de continuar avançando na diminuição da mortalidade Infantil. Tal projeto está, atualmente, incorporado ao Programa “Maternidade” que engloba todo o cuidado gestacional do pré-natal, parto e puerpério, como apresentado mais profundamente a seguir.

Ao nascer é realizada a avaliação do risco na criança através da Declaração do Nascido Vivo preenchida pela maternidade. A rapidez da informação é fundamental para que a busca ao recém-nato de risco possa ocorrer precocemente. Neste município, é coletado diariamente aproximadamente 150 DNs. É realizada a análise do documento e a classificação dos casos de “risco” e “não risco”. Os casos são enviados para as Unidades de Saúde mais próximas da residência materna.

A atenção às crianças de “risco” é priorizada pelas Unidades de Saúde e encaminhada para os Centros de Estimulação / Intervenção Precoce. O atendimento tem início na visita domiciliar, momento em que se estabelece uma relação com a família, fornecendo orientações sobre os cuidados com o bebê, sobre o aleitamento materno, sobre o calendário vacinal e puerpério.

Trovatto (2001) afirma que para considerar um recém-nato como de risco é necessário a identificação de pelo menos um fator isolado⁷ ou de dois ou mais fatores associados⁸. A utilização dos fatores tem selecionado como grupo de risco uma parcela de aproximadamente 30% da população total dos nascidos vivos por ano, residentes neste município.

As crianças classificadas como “não risco” são examinadas em consultas pediátricas mensais para acompanhamento do peso e do crescimento, considerados agentes importantes para detectar algum fator de risco evolutivo. Outros critérios selecionados de risco evolutivo foram contemplados com base nas experiências vivenciadas pelas equipes das Unidades de Saúde, tais como intercorrências na gestação; intercorrências no berçário; mal formação congênita; refluxo gastroesofágico; gravidez indesejada ou depressão pós-parto; baixo nível de compreensão da mãe independente da sua escolaridade; mãe adolescente sem apoio familiar; ausência da mãe por morte ou abandono; um dos pais com transtorno mental, neurológico ou

⁷ A eleição dos fatores isolados segue critérios tais como peso igual ou inferior a 2.500g; prematuridade (idade gestacional igual ou inferior a 36 semanas); más condições de nascimento (Índice de Apgar no 5º minuto menor do que 7); parto fora do ambiente hospitalar.

⁸ Os fatores considerados associados consideram a mãe adolescente (idade materna inferior a 20 anos); baixa escolaridade materna (mãe analfabeta ou com o 1º grau incompleto); história de três ou mais filhos vivos ou dois ou mais filhos mortos.

portador de deficiência; instabilidade ou conflitos familiares; casos na família de tuberculose; SIDA; desnutrição; dependência química na família; histórico de óbito de irmão menor de 5 anos por causas evitáveis; baixo nível socioeconômico; desmame precoce; sinais de alerta para deficiência; avaliação psicomotora insatisfatória para a faixa etária; internações ou infecções repetidas.

Estes itens são avaliados na primeira consulta ou nas subsequentes. Assim, a criança é incluída no grupo de risco, passando a ser priorizada no atendimento, junto com aquelas classificadas de “risco” ao nascer.

Trovato (2001) afirma que características fisiológicas, biológicas, ambientais, psicossociais, entre outras, combinadas a fatores ligados a questões socioeconômicas somadas em um mesmo indivíduo multiplicam seu risco de desenvolvimento de forma exponencial.

No âmbito educacional, a Intervenção Precoce encontra-se inserida nos programas de educação especial e aborda o caráter preventivo do atendimento educacional aos bebês considerados de “risco” para o desenvolvimento normal (MEC, 2000). As Diretrizes educacionais sobre estimulação precoce (BRASIL, 1995) sugerem a organização dos atendimentos, enfatizando o envolvimento da família de forma sistêmica, para continuidade do trabalho no espaço privado.

Neste documento, são indicados o tempo gradativo de duração das sessões, que devem iniciar com vinte minutos e chegar a trinta ou quarenta minutos para crianças com até dois anos, quando atendidas individualmente e de uma hora e quarenta minutos quando atendidas em grupo.

Os atendimentos em IP acontecem, geralmente, em âmbito público, com atendimento gratuito ofertado em escolas estaduais e municipais. A tabela II abaixo apresenta a população demográfica de crianças na faixa etária de zero a quatro anos por regiões e estados brasileiros; o número de crianças dessa faixa etária matriculadas apenas em escolas especiais; o número de crianças matriculadas somente em classes especiais no ensino regular; o número de crianças que frequentam exclusivamente classes comuns no ensino regular, porém com um apoio pedagógico em sala de aula e o número de crianças que frequentam classes comuns sem apoio pedagógico no ensino regular.

Tabela II: Censo populacional e escolar das crianças com necessidades especiais na faixa etária de zero a três anos nos estados e regiões brasileiras.

ESTADOS BRASILEIROS	POPULAÇÃO DEMOGRÁFICA	ESCOLAS ESPECIAIS	CLASSES ESPECIAIS	CLASSES COMUNS COM APOIO	CLASSES COMUNS SEM APOIO	TOTAL
Brasil	370.531	28.835	1.444	1.446	2.399	34.124
Norte	41.956	2.249	393	31	127	2.800
Rondônia	2.933	330	-	6	17	353
Acre	1.860	224	7	2	6	239
Amazonas	10.348	363	-	-	29	392
Roraima	1.415	4	-	1	4	9
Pará	20.202	1.007	108	17	58	1.190
Amapá	1.954	54	269	-	-	323
Tocantins	3.244	267	9	5	13	294
Nordeste	129.766	4.398	212	162	510	5.282
Maranhão	18.013	177	9	6	48	240
Piauí	7.496	366	19	9	32	426
Ceará	22.079	743	98	39	189	1.069
Rio G. Norte	7.462	227	-	24	65	316
Paraíba	8.093	539	-	2	27	568
Pernambuco	20.446	820	81	31	48	980
Alagoas	8.241	203	-	8	13	224
Sergipe	5.068	215	-	-	8	223
Bahia	32.868	1.108	5	43	80	1.236
Sudeste	128.185	12.090	434	794	1.429	14.747
Minas Gerais	40.522	4.584	21	283	195	5.083
Espirito Santo	6.392	1.300	2	93	46	1.441
Rio de Janeiro	25.144	1.656	202	132	119	2.109
São Paulo	56.127	4.550	209	286	1.069	6.114
Sul	45.480	6.699	91	389	247	7.426
Paraná	18.163	3.471	27	128	60	3.686
Santa Catarina	9.870	1.068	33	146	140	1.387
Rio G Sul	17.447	2.160	31	115	47	2.353
Centro Oeste	25.144	3.399	314	70	86	3.869
Mato G Sul	3.905	466	-	18	21	505
Mato Grosso	4.887	418	9	21	34	482
Goiás	11.356	1.243	25	12	27	1.307
Distrito Federal	4.996	1.272	280	19	4	1.575

FONTE: CENSO (IBGE, 2001), CENSO ESCOLAR (INEP, 2007) e BRASIL (2007).

A tabela apresentada elucida, na falta de investigações que apresente informações sobre os programas de IP no Brasil (cf. Bolsanello, 2003), acerca dos dados referentes aos apoios educacionais em IP e possibilita a reflexão entre as disparidades entre as ofertas de serviços educacionais no Brasil. É claramente visível que os estados da região sudeste e sul, em especial o estado do Paraná onde se encontra a associação pesquisada neste trabalho, são os que mais oferecem serviços educacionais à criança com deficiência.

A Associação Paranaense de Reabilitação (APAE), a Sociedade Pestalozzi do Brasil, a Associação Mantenedora do Centro Integrado de Prevenção (AMCIP) e alguns órgãos responsáveis pela Educação Especial das Secretárias da Educação, estaduais ou federais, são exemplos de instituições que vem desenvolvendo programas de estimulação precoce. Os procedimentos utilizados nos programas desses centros iniciam-se com a detecção de casos, com particular referência aos fatores de alto risco da gestação, do nascimento e dos referentes à carência de estimulação ambiental. Para os casos detectados, organizam-se currículos de intervenção, que se desenvolvem nos respectivos centros e/ou no lar das crianças em atendimento, envolvendo procedimentos de estimulação para a área sócio emocional, motora,

cognitiva, verbal e também para rotina de higiene pessoal e de alimentação. São detectadas as áreas carentes, identificadas em avaliação realizada por multiprofissionais dando, no planejamento que se organiza, ordem prioritária para o atendimento das mesmas (Perez-Ramos, 1984; Haynes, 1973).

2.1.1 Enquadramento sócio jurídico da Intervenção Precoce no sul do Brasil

A intervenção precoce aspira por uma identificação antes que a condição patológica tenha produzido totalmente seus efeitos nas crianças, antecipando-se a eles, promovendo a melhoria na qualidade de vida. O Ministério da Saúde do Brasil, no uso de suas atribuições que norteia a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, criou por meio da Portaria n.º 818/GM em 05 de junho de 2001, o sistema das Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física, no qual os Programas de Intervenção Precoce encontram seu respaldo legal. O Ministério da Educação, ao adotar o conceito de Estimulação Precoce, nos diz que *esta é uma ação facilitadora para a construção do conhecimento, por meio da interação e da comunicação com outro*. O programa busca estimular a independência da pessoa com deficiência nas suas atividades diárias, disponibilizando órteses, próteses e outras ajudas técnicas que tragam maior autonomia por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS).

O atendimento precoce está previsto na Portaria n.º 1635/GM em 12 de setembro de 2002, que garante às pessoas portadoras de deficiência mental e de autismo assistência por intermédio de equipe multiprofissional e multidisciplinar, utilizando-se de métodos e técnicas terapêuticas específicas.

A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, estado no qual a pesquisa foi realizada, tem implementado a Política Estadual de Saúde da Pessoa com Deficiência, desenvolvendo ações e tecendo redes que atendam a todos os tipos deficiências. A lei Estadual no. 14023 de 03 de fevereiro de 2003 autorizou o Poder Executivo a “tornar obrigatória a realização do teste de acuidade visual e auditiva para todos os estudantes da rede pública estadual de ensino”. A Lei Estadual nº 14588 de 22 de dezembro de 2004 “dispõe que as maternidades e os estabelecimentos hospitalares públicos e privados do Estado do Paraná ficam obrigados a realizar, gratuitamente, o exame de Emissões Otoacústicas Evocadas (Teste da Orelhinha) para o diagnóstico precoce de surdez nos bebês nascidos nestes estabelecimentos”.

As Diretrizes Educacionais para Estimulação Precoce (Brasil, 1995) desenvolvidas pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) abordam os objetivos de atendimento educacional para as crianças de zero a seis anos com atrasos de desenvolvimento, promovendo ações que visem prevenir, sanar, ou minimizar os efeitos adversos do processo evolutivo da criança portadora de deficiência (Bolsanello, 1998).

No ano 2000, o MEC discutiu juntamente com muitos profissionais, entre consultores, educadores representantes de organizações governamentais e não governamentais representantes das Instituições de Ensino Superior, técnicos do Ministério da Saúde, da Assistência Social e da Coordenação de Educação Infantil do MEC, além de pais de alunos e elaborou o Referencial Curricular para a Educação Infantil – Estratégias e Orientações para a Educação de Crianças com Necessidades Especiais.

Este referencial foi recebido como um guia para as ações educativas junto a crianças com necessidades especiais na Educação Infantil, com os objetivos de redimensionar o atendimento especializado oferecido a essas crianças, mediante atualização de conceitos, princípios e estratégias; e orientar e apoiar o atendimento educacional em creche e pré-escola, por meio do esforço conjunto dos gestores das políticas de educação, saúde e assistência social (MEC, 2000).

Outro decreto que circunscreve as ações para pessoas com deficiências foi publicado em Novembro de 2011 no Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiências – Viver sem Limites. Este plano prevê a articulação dos programas já existentes em 15 órgãos do governo federal, dentre eles a educação, a saúde e a urbanização com ações estratégicas em saúde, educação, inclusão social e acessibilidade.

Relativamente a Intervenção Precoce, o plano define a introdução de novos exames no período neonatal, considerados fundamentais para o planejamento eficaz da intervenção e conduta clínica (BRASIL, 2011). O aspecto fundamental relativo aos direitos neste plano encontra-se na reestruturação prevista no atual sistema de busca e acompanhamento das crianças diagnosticadas, por meio desses testes, bem como seu encaminhamento a serviços que possam promover o tratamento necessário em cada caso.

2.1.2 Caracterização geográfica e socioeconômica de um município do sul do Brasil

A região Sul do Brasil é formada por três Estados e se destaca por apresentar as mais elevadas taxas de expectativa de vida e de alfabetização do país – atingindo a marca 96,63% da população alfabetizada (IBGE 2010).

A capital de um destes Estados do Sul, onde está localizada a associação em estudo, possui uma área de 430,9 Km² e uma população de 1,75 milhão de habitantes no ano de 2010, ocupando o 8º lugar no ranking das capitais brasileiras, segundo o Guia do Investidor – Informações Socioeconômicas (2011).

Este município é dividido em 75 bairros, organizados em 9 Administrações Regionais. Está inserido em uma região metropolitana com 26 municípios que experimentou uma taxa de crescimento de 3,4% de 2000 a 2006. O Produto Interno Bruto (PIB) deste município subiu para a 4ª posição no ranking dos municípios brasileiros, o que representa uma participação de 1,43% no PIB nacional. O PIB deste município cresceu em termos reais, 48,7%, entre 2002 e 2010. Em 2010, o PIB ultrapassou 48 bilhões de reais.

Em relação ao analfabetismo, para jovens e adultos com mais de 15 anos de idade, a cidade apresenta o menor índice (3,36%) quando comparada a outras capitais brasileiras.

O setor de serviços é o predominante em relação aos empregos oferecidos. O município totalizou 833.585 empregos, o que representa um aumento de 8% em relação a 2008, quando o número de empregos havia sido de 771.798. Com um acréscimo de 61.787 empregos, a cidade manteve-se em 5º lugar no ranking das capitais. O total de empregos formais representa 2% do total nacional e 32% do Estado.

O número de residências chega a 471.163, segundo o censo de 2000 realizado pelo IBGE e são chefiados em sua maioria por homens. Do total de 470.014 (100%) domicílios totalizados pelo IBGE, 334.321 (71,13%) domicílios são chefiados por homens. Destes, mais de 28% dos chefes de família tem de 11 a 14 anos de instrução, seguidos por mais de 25% com 4 a 7 anos de instrução e 18,13% com 15 anos ou mais. Aproximadamente 12% tem até 3 anos de instrução. Para as mulheres, a situação é semelhante, de que cerca de 19% dos domicílios chefiados por mulheres, estas tem até 3 anos de instrução.

Quanto ao rendimento dos responsáveis por domicílios, também segundo o Censo de 2010 do IBGE, R\$ 2,9 mil/mês. Em comparação à Região Metropolitana, ao Estado e ao

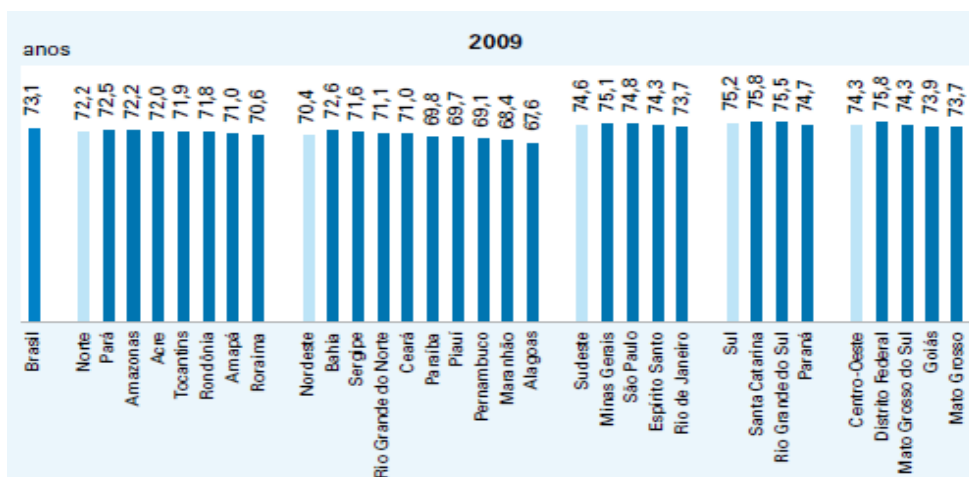
Brasil, a renda deste município é significativamente superior, chegando a ultrapassar a renda nacional em 86%.

Para rendimento mensal acima de 20 salários mínimos, aparecem 11,08% dos homens e apenas 5,07% das mulheres responsáveis por domicílios deste município, apontando a desigualdade de renda e menor ganho salarial pelas mulheres.

Em relação à distribuição de renda segundo as classes sociais, observa-se que 15,2% correspondem à classe A; 29% à classe B; 18,4% à classe C; 25,3% à classe D e apenas 5,94% pertencem à classe E.

A pirâmide populacional apresenta base larga tendendo a estreitar-se, característica de populações que estão a caminho do envelhecimento. A esperança de vida ao nascer em 1980 era de 65,53 anos. Em 2004, a estimativa era de 72,90 anos para mulheres e 68,69 anos para os homens. A maior expectativa de vida ao nascer também é confirmada no Sul do país, segundo o CENSO realizado em 2010 pelo IBGE e observado no gráfico I abaixo:

Gráfico I: Esperança de vida ao nascer, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação.



Fonte: Censo (IBGE, 2010)

Para efetivar primazia em garantir os direitos decretados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, o município tem implementado vários programas e mobilizações, envolvendo o cuidado pré e pós-natal, seguido do atendimento à crianças de 0 a 5 anos e da atenção às doenças que mais as atingem. Todos estes fatores têm gerado resultados positivos quanto à diminuição da taxa de mortalidade infantil.

2.1.3 Programa “Maternidade”

Em respostas a realidade caótica encontrada no sistema público de atendimento a gestantes e seus bebês, estabeleceu-se em 1999 um novo programa de assistência à saúde materno-infantil chamado Programa Maternidade⁹ em um município do Sul do Brasil. As principais metas do Programa são discutidas a cada biênio na *Conferência Municipal de Saúde* e as propostas aprovadas traçam os objetivos estratégicos de ações. As deliberações ativas atualmente provêm da conferência realizada em 2009 (ANEXO III).

O programa abrange e interrelaciona os componentes Planejamento familiar; Pré – Natal, Parto e Puerpério; e a Saúde Infantil, considerando as diferentes necessidades da mulher, em suas várias fases da vida reprodutiva, assim como as necessidades da criança até os dois anos de idade.

Segundo Jimenez (2001), o planejamento familiar pretende ajudar a reduzir o número de gravidez indesejada ou de diminuir o número de abortos provocados. O novo protocolo de saúde norteia as ações de assistência, prevenção e promoção de saúde das mulheres que desejam engravidar, assim como orienta e disponibiliza métodos anticoncepcionais para aquelas que não desejam engravidar ou com risco reprodutivo.

O atendimento Pré – Natal, Parto e Puerpério engloba as ações voltadas para a redução da mortalidade materna e infantil, com vistas qualidade, complexidade e detecção durante e pós o período gestacional.

Interessa referir que atualmente existem seis maternidades no programa Maternidade, sendo que duas são referências para as gestantes de alto risco e, as outras quatro, são referências para as gestantes de baixo risco. Todas as seis maternidades estão reconhecidas pela UNESCO e pelo Ministério da Saúde como Hospital Amigo da Criança¹⁰. O atendimento na sala de parto é feito por pediatra capacitado em neonatologia. Para isso, todas maternidades têm local apropriado para atendimento ao recém-nascido, com equipamentos necessários à reanimação neonatal.

Segundo Mendes (2010) a gestação é considerada de alto risco quando apresenta uma

⁹ Nome fictício para preservar o nome do programa e do município.

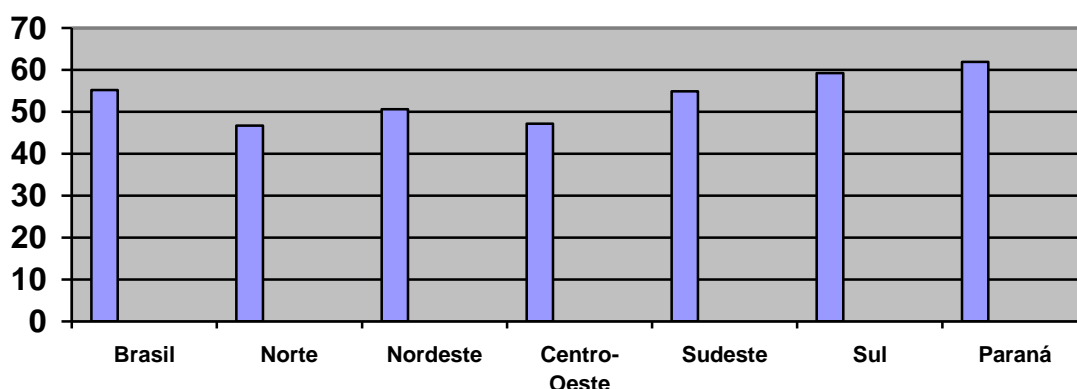
¹⁰ Em 1990, a UNESCO promoveu um Encontro Mundial em Florença, com o objetivo de buscar mecanismos e ações que pudessem proteger, promover e apoiar o aleitamento materno em todos os continentes. Foi então idealizada a Iniciativa do Hospital Amigo da Criança (IHAC), com o objetivo de promover, apoiar e proteger o aleitamento materno, mobilizando profissionais da saúde envolvidos, direta ou indiretamente, nos cuidados da saúde do bebê e da mãe, e nas modificações de rotinas hospitalares (OMS, 1990).

das seguintes características: toxoplasmose, diabetes mellitus, doença hipertensiva específica da gravidez, hipertensão arterial sistêmica, nefropatias, cardiopatias, imunopatias, síndromes hemorrágicas da gravidez, transtornos mentais graves, cirurgia uterina anterior, hematopatias, infecção urinária de repetição e gestante HIV positivo, malformação fetal confirmada, isoimunização RhD, gemelaridade com patologia materna associada e crescimento fetal intrauterino restrito. Em 2008, das gestantes atendidas pelo Programa, 12% eram consideradas de alto risco. Os recém-nascidos também são classificados por riscos, quando apresentam um conjunto de informações que são provenientes, especialmente, da declaração de nascidos vivos. Em relação a saúde Infantil pretende-se como resultados a redução da mortalidade infantil. É obrigatório a realização do exame do pezinho, orelhinha e olhinho, logo após o nascimento da criança. O acompanhamento pediátrico é obrigatório até os dois anos de idade para acompanhamento do seu processo de desenvolvimento.

Os bebês recém-nato de “risco” ou com deficiência detectada ao nascer, são encaminhados diretamente ao Centro de Intervenção Precoce referenciado pelo sistema público de saúde onde é realizado a avaliação multiprofissional e encaminhamento direto para atendimento de reabilitação.

Segundo o IBGE (2010) as políticas públicas de atendimento à criança e ao adolescente com deficiência apresentam, no gráfico II, que a média da região Sul aparece como a mais elevada nível nacional, sendo que o estado do Paraná supera o número médio de atendimentos da região.

Gráfico II: Atendimento à criança e ao adolescente com deficiência segundo as Grandes Regiões.



Fonte: Censo (IBGE, 2010)

O Programa “Nascer Aqui Vale a Vida”, contemplado no “Maternidade”, trata do monitoramento das crianças com risco ao nascer e risco evolutivo, direccionando as ações

como atendimento priorizado nas Unidades de Saúde e Visitas Domiciliárias que permitem ao profissional de saúde orientar a família a respeito dos cuidados, vacinas e aleitamento materno.

As consultas médicas puerperais e puericultura para os bebês do 7º ao 10º dia após o parto estão garantidas pelo protocolo assistencial do programa Maternidade e devem ser ofertadas, pela unidade de atenção primária à saúde. A tabela III a seguir apresenta o número de consultas médicas puerperais e de puericultura para o recém-nascido por gestante oferecido pelo programa no período de 2001 a 2008 (Mendes, 2010).

Tabela III: Número de consultas puerperais e de puericultura para os recém-nascidos ofertadas pelo programa Maternidade, período 2001 a 2008.

ANO	NÚMERO MÉDIO DE CONSULTA POR GESTANTE
2001	0,28
2002	0,72
2003	0,77
2004	0,92
2005	1,01
2006	1,13
2007	1,24
2008	1,32

Fonte: Coordenação do Programa Maternidade 2009 (in Mendes, 2010).

Os dados de uma pesquisa realizada pela Coordenação do Programa Maternidade em 2009, mostra uma clara queda no número de mortalidade infantil, ao comparar índices de 1978 até 2008, quando o Programa já estava em execução no município (Ver tabela IV).

Tabela IV: Coeficiente de mortalidade infantil em menores de 1 ano por mil nascidos vivos, anos seleccionados.

ANO	COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL
1979	47,32
1990	30,47
2000	14,85
2004	11,16
2005	11,19
2006	10,31
2007	10,50

2008	9,75
------	------

Fonte: Coordenação do programa Maternidade (2009 *in* Mendes, 2010, p. 81).

As duas tabelas acima apresentadas estruturam a ideia em relação aos resultados da melhoria da qualidade da saúde materno-infantil no município abordado. De acordo com Mendes, a *construção social da rede de atenção à saúde Maternidade levou a processos bem concebidos e operados* (2010, p. 78), sendo que em suas pesquisas obteve resultado favorável na maioria dos processos do programa Maternidade analisados.

2.1.4 Funcionamento da equipe de Intervenção Precoce em uma Associação no sul do Brasil

A formação de uma equipe de Intervenção Precoce (IP) demanda uma multiplicidade de saberes e formações em um trabalho transdisciplinar de forma dinâmica e integrada, a fim de prestar serviços às crianças e as famílias. É importante refletir as principais características e potencialidades do trabalho em equipe no âmbito de IP, assim como afirma Franco *mostrando como a sua utilização pode ser concretizada nos domínios da detecção, avaliação, intervenção e acompanhamento das crianças até os seis anos de idade* (2007, p. 115).

Em uma associação de IP no sul do Brasil, os atendimentos são individualizados, com sessões de aproximadamente trinta minutos em cada área. A equipe de IP é atualmente composta por especialistas nas áreas de neuropediatria, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, pedagogia, oftalmologia, nutrição, assistência social, técnico responsável pelo projeto Lekotek e pelo projeto Snoezelen. Há também professoras especializadas em educação especial que desenvolvem um programa de Educação Infantil.

De acordo com o Relatório Anual da Associação (2009), as crianças são atendidas de duas a três vezes por semana, conforme a idade e necessidade, e os grupos com mais de 1 ano e meio de idade recebem atendimentos diariamente.

O setor neuropediátrico identifica distúrbios neurológicos, ou crianças com potencial para se poder interferir no desenvolvimento neuropsicomotor ou na aprendizagem, e quando possível instituir orientação ou encaminhamento adequado no sentido de recuperar ou melhorar déficit existentes. O setor fonoaudiológico identifica e avalia o desenvolvimento

das habilidades motoras orais dos padrões alimentares da criança, analisando as condições mínimas e potenciais da criança para desenvolvê-las, buscando e orientando como realizar o trabalho para melhor evolução da linguística da criança.

A psicóloga detecta nas avaliações das crianças qualquer tipo de necessidade especial e distúrbio emocional, com o objetivo de levantar a potencialidade da criança em seus aspectos cognitivos, psicomotores, afetivos, emocionais e de estrutura da personalidade.

Baseada nas atividades de vida diárias da criança, a terapia ocupacional trabalha no desenvolvimento das habilidades manuais, da capacidade de utilização de padrões de movimentos finos de seu grau de independência, com vistas à expansão das potencialidades. A pedagoga trabalha com o intuito de identificar, analisar e encaminhar a criança aos atendimentos após avaliar o potencial cognitivo da mesma, encaminhando-a para melhor proposta curricular dentro da comunidade que está inserida.

A reeducação visual investiga a proposta para as crianças de alto risco com visão reduzida, buscando o desempenho da visão residual. O setor de nutrição trabalha na elaboração de cardápios balanceados, a fim de proporcionar ótimo desempenho físico e intelectual, adequado a necessidade de cada faixa etária. O serviço social instrui e encaminha a família para atendimentos especializados de acordo com suas necessidades, políticas públicas e sociais. Também incentiva a família a participar no processo de estimulação da criança, assim como orienta sobre a seriedade do trabalho de reabilitação. O profissional responsável pelo Projeto Lekotek trabalha na inclusão da criança com necessidade especial de forma total na vida familiar e comunitária, através do jogo centrado na família e no grupo, de extrema importância para construir espaços de inclusão social.

Há no projeto Snoezelen o desenvolvimento de um trabalho conjunto do responsável pelo setor com os técnicos em fonoaudiologia, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional e pedagogia. Neste projeto, os profissionais trabalham com a estimulação multissensorial através dos canais sensoriais, oportunizando o desenvolvimento da autoestima, segurança, afetividade e percepções.

Ainda que a equipe desta Associação seja formada por profissionais capacitados de cada área assinalada, é possível afirmar que não há nenhuma abordagem teórica específica que fundamente o trabalho em IP. Como reflete Bolsanello, isto deve-se ao fato da escassez de *pesquisas e publicações brasileiras no que se refere à estimulação precoce, o que acaba não permitindo uma visualização de como realmente ocorrem as práticas* (2003, p. 345). É importante salientar que cabe a cada técnico pesquisar, aprimorar, se propor a ser

investigador na área para que haja melhoria em sua prática referente às especificidades da Intervenção Precoce.

2.2 Espaços de Intervenção Precoce

Cada criança tem seu próprio tempo e espaço interno, que devem ser respeitados (MEC, 2006). A organização do espaço e tempo para o movimento deve ser muito bem planejada. As instituições de Intervenção Precoce devem garantir que os espaços destinados às crianças com deficiência proporcionem o desejo de mover-se, de explorar o mundo, de fazer diferenciações em diferentes planos: no seu próprio corpo, no espaço, nos objetos e nas ações com condições propícias para o desenvolvimento lúdico e da fantasia (cf. Pinto, 2003).

Atualmente, há alternativas para facilitar as oportunidades de relaxamento e ludicidade nos programas de IP, que se afastam da imagem de clínicas, como os ambientes multissensoriais. Estes ambientes são ricos em experiências que estimulam os sentidos das crianças em tratamento e oferecem apoio às famílias como um todo.

Para o estudo de caso foi escolhido uma Associação de atendimento à criança com atraso de desenvolvimento, localizada no Sul do Brasil. A escolha desta Associação dentre as demais que realizam o mesmo atendimento na cidade deve-se ao fato de que tal centro oferece atendimento diferenciado com o método Snoezelen e o Centro Lekotek.

A Associação atende o programa de estimulação dirigido às crianças de zero a três anos portadoras de qualquer tipo de deficiência, bebês de alto risco que apresentam atrasos no desenvolvimento de zero a dois anos e crianças com deficiência mental de zero a seis anos. O programa de Intervenção Precoce é fundamentado nas teorias desenvolvimentistas de Piaget (desenvolvimento cognitivo) e de Erickson (desenvolvimento psicossocial).

Segundo o relatório de atividades da Associação de 2009, as áreas de atendimento na Associação são a neuropediatria, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, pedagogia, oftalmologia, nutrição, assistência social, técnico responsável pelo projeto Lekotek e pelo projeto Snoezelen.

As atividades desenvolvidas na Associação com as crianças envolvem o atendimento clínico individual, atendimento grupal, avaliações de acompanhamento, estudo de caso e acompanhamento de alunos em atendimento no Ensino Regular. Nas escolas a Associação

acompanha e orienta as famílias com trabalho integrado da equipe multiprofissional e pais com atividades internas voltadas à consecução da proposta curricular.

A Associação também promove atividades que envolvem a comunidade com vistas à promoção da socialização das crianças, participação e realização de eventos que divulguem o programa de Estimulação Precoce.

As atividades competentes aos profissionais da instituição englobam a melhoria das condições para o desenvolvimento do trabalho, capacitação e atualização da equipe, reunião de grupo, estudo de caso, conselho de classe e orientação aos pais.

A mantenedora implementa e apoia os programas necessários ao aperfeiçoamento do atendimento da instituição, promove integração dos funcionários e diretoria, investe no aprimoramento dos profissionais e forma parcerias com o governo e comunidade que permitam a subsistência da Associação. Houve parcerias mantidas em 2009 com a Secretaria de Estado da Educação, Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Educação, Ministério da Educação e Cultura (MEC), Fundo Municipal do Deficiente e Fundação de Ação Social.

Ainda no relatório de 2009, a instituição afirma que considera o trabalho realizado como Modificabilidade Cognitiva, isto é, o potencial cognitivo de todas as pessoas inclusive as com necessidades especiais, está aberto ao desenvolvimento em qualquer estágio que a criança esteja, porém quanto mais precoce iniciar maior serão as possibilidades de sucesso.

A apresentação das concepções dos espaços de Intervenção Precoce como o Projeto Snoezelen e o Centro Lekotek são apresentadas a seguir e elucidam os aspectos fundamentais destas salas alternativas de atendimentos em IP.

2.2.1 Projeto Snoezelen - Sala multisensorial para crianças com atraso de desenvolvimento

No sentido de oferecer estimulação através dos canais multissensoriais, em 1966 dois psicólogos norte americanos chamados Cleland e Clark originaram os estudos sobre os benefícios no desenvolvimento através da estimulação dos sentidos. Em 1970, a maioria dos serviços para os indivíduos com incapacidades tinha o seu foco na ação das terapias tradicionais. No entanto, esses serviços não estavam disponíveis a essas pessoas, que

passavam muito tempo nos hospitais, sem nenhuma atividade de lazer ou de recreação (Sella, 2008).

Na década de 70, surge o conceito da sala Snoezelen através de dois terapeutas holandeses que trabalhavam com pessoas de incapacidades intelectuais. Estes dois terapeutas criaram uma sala multissensorial com efeitos simples que liberam e despertam percepções sensoriais.

A sala Snoezelen tornou-se um ambiente especificamente equipe do que oportuniza o desenvolvimento da autoestima, segurança, afetividade e percepções transmitindo *aos seus visitantes um sentimento agradável de processos de autorregulação* (cf. Fundação Alemã de Snoezelen, 1999), na qual o sujeito torna-se ator de seus progressos desenvolvendo suas ações.

Para isso, as salas são equipadas com material feito de luz, sons, cores, texturas e aromas, onde os objetos são coloridos e disponibilizados para serem tocados e explorados. Os objetos orbitam e encantam os que vêm, sentem ou tocam desviando com isso sentimentos como o stress e a agressividade. As salas são equipadas com espaço branco e espaço negro para estimulação visual, o globo de espelhos, a cortina de fibra ótica e o tubo de bolhas (ANEXO IV).

Os sentidos primários - visão, audição, tacto, paladar, olfato - são estimulados dando sensação de prazer, e com isso favorecendo o desenvolvimento intelectual dos pacientes. A sala multissensorial traz benefícios após sua utilização, como a abertura de canais de comunicação verbal e não verbal.

De acordo com Viegas (2003), o Snoezelen consiste na criação de momentos verdadeiros de interação real e satisfatória indo ao encontro das necessidades do indivíduo com os seus ritmos e vontades. O profissional atuante, que deve ser devidamente capacitado, deve procurar estimular os sentidos primários e básicos do desenvolvimento humano, objetivando reduzir a distância entre ele e o paciente, ampliando o seu relacionamento.

Importa referir que o trabalho desenvolvido pelo conceito Snoezelen é destinado a crianças, jovens, adultos e idosos no tratamento de diversos distúrbios. O relatório desenvolvido por uma Associação brasileira de Estimulação Precoce aponta que crianças especiais inseridas no Projeto Snoezelen apresentam resultados positivos como relaxamento da hiperatividade, diminuição de crises de agressividade, de medo, e de stress emocional. Dentre outros resultados, Sella (2008) afirma as salas têm demonstrado que:

- aumentam a atenção da concentração;
- estimulam a memória;

- elevam a consciência/põem em funcionamento a atenção;
- elevam a autoestima e despertam as emoções;
- melhoram a mobilização e a criatividade;
- melhoram o desenvolvimento motor;
- melhoram a coordenação;
- incentivam a interação;
- fornecem uma atmosfera de encanto onde as pessoas são capazes de apreciar;
- desenvolvem a comunicação verbal;
- desenvolvem a interação social;
- melhoram o relaxamento físico;
- diminuem a agressividade;
- aumentam a oportunidade de escolha;
- reduzem a ansiedade;
- promovem a comunicação partilhada;
- ajudam a aliviar estados dolorosos;
- deixam os indivíduos felizes.

Nestes últimos anos a estimulação sensorial/Snoezelen tem se espalhado por toda a Europa e Israel. No entanto, o uso de ambientes multissensoriais começou na América do Norte, dirigido a crianças com deficiências até a um nível severo, que passaram a beneficiar-se terapêutica, social e educacionalmente (Sella, 2008).

No Brasil, o conceito Snoezelen foi trazido por uma equipe que já trabalhava com crianças com necessidades especiais em certa Associação. Esta equipe teve o primeiro contato com uma sala Snoezelen em Orlando, Flórida em 2003. A equipe presenciou sessões com crianças em surto e recebeu informações e materiais necessários para realizar um estudo aprofundado do projeto. Foi na Holanda no ano de 2005 que conseguiu autorização oficial para trabalhar o Snoezelen no Brasil. O curso de capacitação do Método Snoezelen no Brasil é exclusivo desta equipe, que trabalha com o objetivo de ampliar o atendimento de crianças no ambiente multissensorial, assim como aumentar o número de franquias do método em outros Estados do Brasil.

2.2.2 Centro Lekotek – apoio e atendimento as famílias

A família é sem dúvida a primeira instituição social com a qual a criança interage e desenvolve as suas primeiras concepções. Como já foi largamente afirmado nesta pesquisa, a família é o suporte base do desenvolvimento da criança. Neste sentido, é apresentado o Centro

Lekotek que busca a promoção da inclusão das crianças com necessidades especiais de forma integral na vida familiar e comunitária.

A palavra Lekotek deriva da raiz escandinava *lek* que significa brinquedo e do sufixo grego *tek* que significa biblioteca. É uma biblioteca de brinquedos especializada em crianças com necessidades especiais, que utiliza o jogo centrado na família e no grupo, de extrema importância para construir espaços de inclusão social.

O primeiro centro Lekotek foi criado em Estocolmo, na Suécia em 1963, baseado na filosofia de encarar a brincadeira como melhor forma de integrar criança e família (Juil, 1984). O projeto oferece aos pais orientação e instrumentos para ajudar seus filhos através do lúdico e atualmente existe em todo o mundo.

Os Centros Lekotek têm um extenso número de brinquedos, equipamentos adaptados, livros, e até mesmo computadores que auxiliam no desenvolvimento de crianças com atraso e suas famílias. Vale ressaltar que o foco do Lekotek tem sido sempre a família e não somente a criança.

A equipe de trabalho do centro Lekotek é formada por um líder Lekotek, sendo que este profissional deverá ter formação na área da educação ou saúde e ser capacitado por um Centro Lekotek devidamente credenciado. Este líder deve propor estratégias de brincadeiras com os pais, adaptando brinquedos, especialmente aqueles usados por crianças com necessidades físicas (Rettig, 1998).

Os serviços ofertados pelo Lekotek são:

- Brinquedos selecionados;
- Atividades lúdicas de integração;
- Workshops para pais;
- Comunicados as famílias;
- Eventos sociais.

Os encontros no Centro Lekotek em uma Associação no Sul do Brasil podem acontecer em conjunto com a família, ou com a escola, ou outra entidade que acompanhe o desenvolvimento da criança. Estes encontros ocorrem regularmente, durante uma hora a cada quinze dias. O líder seleciona os brinquedos priorizando o fortalecimento do desenvolvimento da criança, e ajuda os pais a conhecerem as diferentes formas de motivar as habilidades de seus filhos através do uso apropriado dos brinquedos, proporcionando às famílias alternativas inovadoras. O Lekotek trabalha as potencialidades das crianças abrindo caminhos para a criança criar, explorar e aprender.

Além destes encontros regulares, o Centro Lekotek promove festas, passeios e visitas de outras escolas ao Centro com intenção de realizar a inclusão sócio educacional das crianças com necessidades especiais.

2.3 Caracterização dos participantes da pesquisa

Para iniciar este tópico, é apresentada uma breve descrição socio-profissional dos técnicos atuantes em IP em uma Associação no Sul do Brasil, com a preservação do direito ao anonimato e a privacidade dos participantes. Ainda será apresentada as características dos entrevistados, com as informações fornecidas nas entrevistas de coleta de dados. As informações relativas à identificação de cada técnico referem-se a um nome fictício para preservação da identidade, a idade, ao gênero, a função, a formação profissional, o tempo de trabalho na associação e o tempo que trabalha com criança.

2.3.1 Identificação dos Técnicos

Os dados levantados permitiram selecionar os sujeitos que atuam nos programas oferecidos pela Associação e que realizam atendimento com as crianças de zero a três anos de idade. Assim, a amostra deste estudo é constituída por profissionais que atuam nas áreas da neuropediatria, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, pedagogia, fisioterapia, nutrição, assistência social, técnico responsável pelo projeto Lekotek e pelo projeto Snoezelen.

Abaixo apresenta-se uma descrição comparativa dos dados referentes à idade e gênero dos técnicos participantes da pesquisa (tabela V).

Tabela V – Identificação dos Técnicos Participantes

NOME¹¹	IDADE (Anos)	SEXO
Maria	27	Feminino
Ana	25	Feminino

¹¹ Os nomes apresentados são fictícios para garantir o direito de anonimato das participantes.

Jaqueline	30	Feminino
Julia	23	Feminino
Margarete	35	Feminino
Adriane	29	Feminino
Andressa	25	Feminino
Mafalda	32	Feminino
Luciane	28	Feminino
Andreia	31	Feminino

O aspecto de destaque é a predominância feminina atuante na Associação. Neste caso, pode-se pensar na representação social da mulher perante o trabalho com crianças, ideologicamente sendo vinculado ao cuidado e educação das crianças como inerente a condição do universo feminino. Como considera Hypólito:

A proximidade das atividades do magistério com as exigidas para as funções de mãe; as “habilidades” femininas que permitem um desempenho mais eficaz de uma profissão que tem como função cuidar de crianças; a possibilidade de compatibilização de horários entre o magistério e o trabalho doméstico, já que aquele pode ser realizado em um turno; a aceitação social para que as mulheres pudessem exercer essa profissão. (1997, p. 55).

Ainda que um aprofundamento da trajetória histórica de construção social que elevou a mulher a consolidar sua supremacia nas áreas de atendimento a crianças não seja primordial neste estudo, este fato acaba por sobressair quando olhamos para a instituição pesquisada e verificamos que, aqui também há “uma feminização consolidada” (Rocha e Silva, 2007, p. 172) no atendimento às crianças pequenas.

Como se pode observar na tabela VI, a formação acadêmica dos técnicos está no nível de graduação, sendo que 40% dos técnicos têm especialização na área em que atuam.

Tabela VI – Formação Profissional dos Técnicos Participantes

NOME	FUNÇÃO	FORMAÇÃO PROFISSIONAL
Maria	Fisioterapeuta	Fisioterapia, Especialista em Fisioterapia do trabalho e mestranda em Engenharia Biomédica
Ana	Fisioterapeuta	Fisioterapia, Especialista em Neurologia com ênfase em pediatria,

		Especialista em Equoterapia
Jaqueline	Psicóloga	Psicologia
Julia	Terapeuta Ocupacional	Terapia Ocupacional
Margarete	Fonoaudióloga	Fonoaudiologia
Adriane	Fisioterapeuta	Fisioterapia, pós graduação
Andressa	Terapeuta Ocupacional	Terapia Ocupacional
Mafalda	Pediatra	Medicina
Luciane	Pedagoga	Pedagogia, Especialista em educação especial
Andreia	Nutricionista	Nutrição

A totalidade dos entrevistados possui formação superior na área de atuação. De acordo com Franco (2007 *a formação dos técnicos assenta numa aprendizagem transdisciplinar, centrada nas problemáticas e não na formação de base*). Neste sentido, está clara a importância do trabalho realizado por uma equipe multidisciplinar, onde cada técnico atua com a criança diante de seus conhecimentos específicos e juntamente com os outros integrantes da equipe estudam e elaboram as possíveis soluções para o plano de intervenção.

2.3.2 Tempo de atuação com crianças

Conhecer o tempo de trabalho dos técnicos com crianças as permite uma melhor observação do envolvimento profissional e das dinâmicas que o tempo de trabalho que pode acarretar. Observou-se que a maioria os técnicos da associação pesquisada têm mais de 2 anos de experiência com crianças (Tabela VII), fato este importante para a análise das concepções que os mesmos têm da criança e da infância visto a relação de convivência e entrosamento que se consolidam.

Tabela VII – Tempo de atuação com crianças

TEMPO DE ATUAÇÃO COM CRIANÇAS	%
Menos de 2 anos	20
2 anos	10
Mais de 2 anos	70

Outro dado importante levantado na entrevista foi o tempo de atuação na Associação pesquisada (Tabela VIII). A maioria dos técnicos são recém-contratados, alguns com apenas poucos meses de efetivação, dado relatado pela coordenadora da Associação que neste ano, houve grande rotatividade de técnicos, especialmente os fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

Tabela VIII – Tempo de atuação na Associação

TEMPO DE ATUAÇÃO NA ASSOCIAÇÃO	%
Menos de 1 ano	75
1 ano ou mais	25

O tempo de atuação permite que os técnicos desenvolvam maior envolvimento com seus pacientes e, por sua vez, reflitam melhores resultados dentro dos objetivos das terapias visto que compreendem melhor a dinâmica de atuação do ambiente que estão inseridos.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

3.1 Design Metodológico

Esta pesquisa tem como finalidade o estudo de um contexto específico de investigação, fato este que impede que os dados aqui apresentados sejam analisados para outras situações que não a estudada.

Neste trabalho pretende-se firmar conceitos e apresentar hipóteses sobre variáveis a serem estudadas com mais profundidade (cf. Guerra, 2006), com base no paradigma da pesquisa qualitativa,, consistindo na observação detalhada de um específico contexto (cf. Bogdan e Biklen, 1994), neste caso, de uma Associação no Sul do Brasil.

Se tomarmos como guia Yin (2011, p.7-8), torna-se claro que definir a pesquisa qualitativa não é um empreendimento fácil, dado que o conceito interjeta uma multiplicidade de disciplinas e profissões. Assim, Yin propõe não uma definição, mas o elenco das características da pesquisa qualitativa como estudo do sentido de vida das pessoas sob condições reais de vida, representação e perspectivas dos participantes em um estudo, contribuição com pensamentos e conceitos que podem ajudar a explicar o comportamento social dos homens e o esforço na utilização de múltiplas fontes de evidências sem depender de uma fonte única.

A referência ao mundo real, ao *Lebenswelt*, significa que se pode distinguir desde logo duas perspectivas sobre os mesmos fatos/acontecimentos/ambiente. Em primeiro lugar, uma perspectiva *emic*, ou seja averiguar e determinar o sentido que os próprios participantes atribuem aos fatos/acontecimentos/ambiente. Em segundo lugar, uma perspectiva *etic*, ou seja a perspectiva exterior, tendencialmente a do investigador. Claro que não tendo a perspectiva *emic* uma primazia cognitiva, não deixa de ser o dado primeiro a que a perspectiva *etic* tem de se referir.

Por outro lado, a perspectiva *etic*, sendo por princípio reflexiva deve estar alerta e vigilante relativamente aos fatores subjetivos que pode influenciar a pesquisa, já que esta não

pode escapar ao enviesamento de qualquer estudo, compreendendo por enviesamento o conjunto de pressupostos subjetivos do investigador. Pois o enviesamento pode influir na própria ação dos participantes, nas escolhas metodológicas e no reporte dos procedimentos e resultados.

É preciso ter estes fatos em mente para se poder também lidar adequadamente com o estatuto científico dos estudos qualitativos. Trata-se de situações únicas, irrepetíveis e por isso de um conhecimento que se esgota na matéria estudada, sendo que não se deve extrair conceitos levantados para outras situações. Porém, se atentarmos e controlarmos os fatores subjetivos, é possível verificar a provável aplicação, ainda que limitada, a outras situações percebidas como razoavelmente similares.

Nada melhor a este respeito do que oferecer à avaliação externa os estudos para assim o controlo da subjetividade ficar no próprio sujeito. Assim sendo Yin (p. 19-20) propõe como critérios de fiabilidade e credibilidade na pesquisa qualitativa:

- Transparência
- Metodidade [Methodic-ness]
- Adesão à evidência

O primeiro critério implica a descrição e documentação por parte do investigador dos procedimentos da investigação de maneira a que possam ser publicamente revistos e compreendidos. Além dos procedimentos, também os dados devem ser tornados públicos a fim de poderem ser escrutinados, resultando daqui a respetiva crítica ou corroboração, pela comunidade científica em geral.

O segundo critério aponta para o seguimento de um plano de trabalho rigoroso, ainda que com espaço para acolher *inputs* novos e inesperados, deve também servir para evitar o enviesamento inexplicado ou distorções intencionais. Além disso, serve para garantir a completude do trabalho e controlo cruzado das diferentes fases e etapas.

O terceiro critério traz consigo a exigência de um conjunto de provas e evidências rigorosamente estabelecidas, que, atendendo ao contexto de *real-world* dos estudos qualitativos, significa manter a linguagem própria dos participantes como fontes de evidência, sem que essa linguagem tenha efeitos veritativos. Por outras palavras, a linguagem é uma evidência das interpretações feitas pelos participantes mas nada garantem quanto à objetividade dos fatos.

Tendo em contas estas linhas definidoras e orientadoras da pesquisa qualitativa não definem por si a variante de pesquisa qualitativa a escolher, torna-se necessário apresentar a variante escolhida e a respetiva pertinência.

A variante escolhida foi o estudo de caso. Trata-se, na mais breve das definições, do estudo de um caso no seu contexto *real-world*. Segundo Yin (1994, p. 12-14) trata-se do estudo de um fenómeno contemporâneo e o fenómeno e o contexto estão de tal forma interligados que é difícil isolar o fenómeno como tal, sendo por isso da maior importância cobrir o contexto para determinar o fenómeno. Neste sentido, não se trata de uma experiência que, isolado o fenómeno, o pode reproduzir em contextuais científicos, laboratorialmente controlados. Por outro lado, tratando-se de acontecimentos contemporâneos, fica vedada a possibilidade de encarar o estudo de caso como mera história.

A pertinência da escolha do estudo de caso prende-se precisamente com a inserção de uma conceção da infância numa classe profissional. Neste sentido, espera-se que o estudo de casa tenha valor significativo, na medida em que pode servir de ferramenta reflexiva à própria classe profissional, e também relevância pública (cf. Yin, 1994 p.147)

Assim sendo, pretendeu-se proceder a uma pesquisa de carácter exploratório-descritivo, e não explicativo, que objetiva compreender a concepção de crianças e de infância que têm os técnicos atuantes em Intervenção Precoce em uma Associação no Sul do Brasil. O foco de análise está centrado nos acontecimentos a partir do ponto de vista dos atores sociais sem a preocupação de generalizações. (cf. Guerra, 2006).

Com base no paradigma da pesquisa qualitativa, visto que este trabalho objetiva firmar conceitos e apresentar hipóteses sobre variáveis a serem estudadas com mais profundidade (cf. Guerra, 2006), esta investigação torna-se um estudo de caso, consistindo na observação detalhada de um específico contexto (cf. Bogdan e Biklen, 1994), neste caso, de uma Associação no Sul do Brasil.

Assim sendo, pretendeu-se proceder a uma pesquisa de carácter exploratório que objetiva compreender a concepção de crianças e de infância que têm os técnicos atuantes em Intervenção Precoce em uma Associação no Sul do Brasil. O foco de análise está centrado em analisar os acontecimentos a partir do ponto de vista dos atores sociais sem a preocupação de generalizações. (cf. Guerra, 2006).

Metodologicamente, o conceito de representações sociais pode ser considerado como uma *zona de transação* (Nunes, 2001 citado em Tomás, 2011, p.143) entre ciências sociais e humanas. Para Nunes é um espaço onde convergem práticas distintas de teorização,

observação, experimentação e intervenção protagonizadas por um conjunto heterogêneo de atores, de modo a permitir a cooperação para a produção, seja de novos conhecimentos e de novos objetos, seja da atividade de rotina.

Na fronteira das áreas sociais e das psicológicas, o conceito possibilita um diálogo interessante, ainda que nem sempre isento de tensões, entre campos do saber. Nesta investigação, ele assume a sua função social e eficácia porque compreende o estudo da atividade representativa dos indivíduos enquanto reprodutores de ideologias dominantes e reflexo dos seus posicionamentos sociais (Cabecinhas, 2009; Vala e Monteiro, 2010).

Para realmente conhecer as concepções dos técnicos em relação a criança e a infância e a sua influência nas práticas de IP, foram desenvolvidas duas linhas de investigação: uma baseada em análises históricas e teóricas de Intervenção Precoce e Sociologia da Infância como já fora exposto nos capítulos anteriores, e outra baseada na realização de pesquisa de campo, com análise documental, observação e entrevistas exploratórias.

O primeiro passo metodológico tomado nesta pesquisa foi a análise documental da Associação, com informações acerca de seu perfil histórico e social, revelados em um relatório de atividades e o projeto político pedagógico da instituição. Estas consultas documentais permitiram a detecção de possíveis discrepâncias entre a realidade e a teoria do trabalho que se realiza relativos às representações de crianças e infância. Foi possível também perceber que os direitos da criança aparecem como fator importante na parte legislativa da Associação.

A técnica de observação direta não-participante implicou uma disponibilidade por parte do investigador, de contínua presença para um contato direto com o contexto social e com os indivíduos que nele se encontram. O objetivo era de compreender, com detalhes, quais são as referências nas práticas de IP e como as concepções que se tem sobre as crianças influenciam nas terapias. Assim, o tempo investido nestas observações foi suficiente para a formulação de questões relativas ao objetivo que fazem parte da entrevista.

Na metodologia qualitativa a entrevista é encarada como uma estratégia central de investigação (cf. Bogdan e Biklen, 1994). Assim, no decorrer das observações foram realizadas as entrevistas individuais com os técnicos que permitiram a caracterização de suas representações de crianças e de infância e suas práticas em IP. A entrevista permitiu que o investigador realizasse contato direto com os técnicos da Associação, possibilitando a abrangência dos aspectos a serem investigados em múltiplas dimensões. A entrevista não significa uma conversa qualquer e neutra, visto que encontra-se como meio de coleta dos

dados relatados pelos entrevistados, como sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está a ser estudada (cf. Flick, 2009).

3.2 Técnicas

O estudo será realizado utilizando-se diferentes técnicas metodológicas (Bogdan e Biklen, 1994; Tuckman, 2000):

- a) Análise documental: seleção documentos que dizem respeito à história da Associação, sua evolução, seus componentes e avaliações de seus resultados;
- b) Entrevistas: realização de entrevistas semi-estruturadas com questionário composto por perguntas abertas aos técnicos inseridos no programa de atendimento às crianças de zero a três anos em uma Associação no sul do Brasil;
- c) Observação: realização de observação não participante com visitas de campo nos serviços dos programas Lekotek e Snoezelen na mesma instituição;

3.3 Procedimentos de coleta de dados

Para atender o objetivo deste estudo, foi elaborado um guião de entrevista, visando atingir a vantagem que este método fornece ao captar imediatamente a informação desejada (cf. Ludke e André, 1986). A entrevista permite tratar de assuntos estritamente pessoais e íntimos, permite correções e adaptações que a tornam eficaz na obtenção das informações requeridas.

Segundo Cunha (2003), nas entrevistas semi-estruturadas o investigador tem clareza de seus objetivos e de que tipo de informação necessita. Esse tipo de entrevista garante a obtenção da informação necessária de modo padronizado e permite a criação de um banco de dados úteis à pesquisa.

Neste caso, as questões levantadas iniciam por dados de identificação dos técnicos entrevistados, seguido de questões sobre as práticas de IP, concepções da sociologia da infância e as suas relações, nesta ordem. De acordo com Estrela (1994), a principal finalidade da entrevista consiste, em última instância, na recolha de dados de opinião que permitam não

só fornecer pistas para a concretização do processo de estudo, como também, conhecer sob alguns aspectos, os intervenientes do processo.

Neste sentido, as questões que fazem parte desta entrevista (ANEXO V) qualitativa encontram-se em um guião semiestruturado, que tem por objetivo colher dados comuns a todos participantes, buscando aprofundar o conhecimento teórico e as influências nas práticas de cada um.

CAPÍTULO IV

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE CRIANÇA E DE INFÂNCIA DOS TÉCNICOS EM INTERVENÇÃO PRECOCE

A apresentação de dados recolhidos em uma pesquisa qualitativa pode ser de diversas maneiras, depende do objetivo que o investigador pretende com eles (cf. Flores, 1994). O objeto de estudo desta pesquisa foi à concepção que os técnicos em IP têm da criança e da infância.

Este tópico expõe as concepções de criança e de infância relatadas pelos técnicos, a partir dos discursos coletados nas entrevistas (Anexo V), divididos em três dimensões: (i) discursos sobre as práticas de Intervenção Precoce; (ii) concepções de criança e de infância; e , (iii) as relações das duas concepções na prática exercida.

4.1 Práticas de Intervenção Precoce: desenvolvimento precoce e trabalho especializado

O primeiro aspecto dos discursos dos técnicos a ressaltar a homogeneidade das respostas relativas aos objetivos da Intervenção Precoce (IP), uma vez que generalidade das respostas dos profissionais remete para a compreensão da sua ação centrada na promoção do desenvolvimento neuropsicomotor precoce como primordial no tratamento, minimizando os atrasos que a criança apresenta e possibilitando seu desenvolvimento sadio, conforme podemos constatar nas seguintes respostas:

“Estimular seu desenvolvimento motor normal” (Ana, 25 anos, fisioterapeuta).

“Favorecer o desenvolvimento neuropsicomotor, minimizando atrasos (...)” (Julia, 23 anos, fisioterapeuta).

“Estimular a criança para prevenir o atraso no desenvolvimento neuropsicomotor” (Andressa, 25 anos, terapeuta ocupacional).

“Quanto mais cedo se iniciar um tratamento de IP, melhor para o desenvolvimento neuropsicomotor da criança” (Jaqueline, 30 anos, psicóloga).

A análise das respostas possibilita-nos também afirmar que a participação da família ainda é uma dimensão pouco abordada, sendo que apenas uma das entrevistadas citou como objetivo:

“Possibilitar a participação da família na atenção/tratamento” (Julia, 23 anos, terapia ocupacional).

Além dos objetivos relativos a criança em IP, a literatura atual implica para as práticas centradas na família, em uma relação estreita e ativa de parceria com os técnicos, que baseadas nas respostas obtidas no questionário, apontam para uma pequena participação da família. Um aspecto que reforça o papel dos familiares como secundário é a predominância nas respostas ao citarem que os maiores parceiros no desenvolvimento das terapias são os outros técnicos envolvidos, ao invés de elevar a família nesta categoria. Os técnicos vêm a família como aqueles a quem apresentar resultados, aqueles a quem se deve atingir as expectativas.

“Considero a equipe toda importante para o desenvolvimento das terapias” (Jaqueline, 30 anos, psicóloga).

“Os próprios pacientes e colegas da área” (Maria, 27 anos, fisioterapeuta).

É possível afirmar que nesta dinâmica, o papel da família fica remetido pela análise dos discursos para um papel passivo no programa de IP:

“A relação com a família depende das expectativas criadas” (Maria, 27 anos, fisioterapeuta).

“Considero os especialistas da área como parceiros, para que possa apresentar um bom plano para a família” (Luciane, 28 anos, pedagoga).

O trabalho realizado com a criança é para a família e não com a família. Este aspecto é respaldado pela revisão de literatura brasileira acerca das famílias com crianças deficientes, que nos revela a *escassez de instrumentos que possam auxiliar os diferentes profissionais a conhecer tanto as práticas educativas utilizadas com crianças deficientes quanto à dinâmica intrafamiliar e seus aspectos relacionais com o filho especial* (Minetto, 2010, p. 30).

Relativamente ao fato da maioria dos entrevistados considerarem somente as parcerias com outros profissionais que estão envolvidos nos atendimentos, percebe-se a ausência de um responsável de caso, papel exercido pelo técnico que será, dentre outras funções, o articulador direto da família com a equipe. Nos relatos das entrevistadas, encontramos poucas respostas que consideram tanto a família como a escola como parceiras juntamente com os demais técnicos:

“Demais profissionais terapêuticos (fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, assistente social), além da família, dos professores e pedagogos” (Julia, 23 anos, terapia ocupacional).

O critério fundamental para um bom atendimento nas sessões de terapias foi considerado a pirâmide criança – profissional – ambiente. Os técnicos destacaram como essencial permitir a exploração do ambiente, criando confiança, permitindo que haja espaço para adaptação e bem-estar da criança, considerado como promoção dos direitos.

“Deixar a criança interagir com o ambiente e com a terapeuta. O vínculo terapêutico é de fundamental importância” (Jaqueline, 30 anos, psicóloga).

“Conhecer bem as necessidades da criança, para oferecer terapias adequadas à ela. É importante também permitir que a criança explore os materiais e o espaço para que haja confiança” (Luciane, 28 anos, pedagoga).

“O diálogo com a criança, a compreensão das respostas que ela dá e o respeito aos limites dela” (Andressa, 25 anos, terapeuta ocupacional).

Os técnicos defendem que os elementos fundamentais das terapias residem em permitir a interação da criança com o ambiente, construindo o vínculo entre a criança e o terapeuta, com condições seguras de interações emocionais em um ambiente que proporcione proteção física e situações que ampliem suas experiências.

Em relação à elaboração do plano de intervenção evidencia-se a forma fragmentada que é construída. Com exceção de uma entrevistada que afirma ter o auxílio de uma equipe multidisciplinar, todas as demais entrevistas relatam a forma individualizada com que constroem seu plano, dentro da sua área de atuação.

“Sim. Elaboro o plano terapêutico ocupacional, a equipe multidisciplinar (fisioterapia, fonoaudiologia e psicologia) também participa” (Julia, 23 anos, terapia ocupacional)

“Sim, somente eu.” (Andressa, 25 anos, terapeuta ocupacional).

“Sim. Os técnicos da psicologia” (Jaqueline, 30 anos, psicóloga).

É possível levantar a indagação acerca da fragmentação no momento de elaboração do plano de intervenção, uma vez que os profissionais enfatizam que elaboram os objetivos específicos do plano dentro da sua área de formação, de conhecimento. A noção de colaboração e cooperação para desenvolvimento de um atendimento global a criança não está exposta nos relatos. Ainda que o atendimento precoce deva ser atendido por intermédio de equipe multiprofissional e multidisciplinar (Alves, 2009), o que encontramos na prática são os profissionais exercendo seu trabalho de forma individualizada, sendo que a dinâmica multidisciplinar na construção do plano não parece ser uma ação possível na realidade dos técnicos.

Quanto à avaliação do próprio desempenho profissional em IP, a totalidade das respostas foi positiva, sendo que uma entrevistada não respondeu esta questão. Os critérios de avaliação revelados nas respostas demonstram que os parâmetros estão relacionados à formação acadêmica que tiveram e aos resultados na evolução da criança.

“Faço o melhor possível para promover o desenvolvimento da criança, sempre busco novas ideias e discuto os casos clínicos que atendo com outros fisioterapeutas” (29 anos, fisioterapia).

“Bom, pela evolução das crianças” (Ana, 25 anos, fisioterapeuta).

“Considero bom, pelos resultados e *feedbacks* que recebo das técnicas e das crianças” (Luciane, 28 anos, pedagoga).

Além do perfil acadêmico, Alves (2009) ressalta outras competências que devem ser consideradas em um profissional que decide por trabalhar em equipes de IP, como flexibilidade, dinamismo, atitudes de partilha, empatia e articulação nas informações com outros técnicos e familiares.

As práticas de IP centradas na criança ficam evidentes quando as respostas dos técnicos focam nos bons resultados do desenvolvimento infantil que objetivam, ainda que relatem as variações que podem ocorrer devido aos atrasos, como veremos em seguida.

“As crianças mostram uma boa resposta, mas isto varia com a patologia” (Ana, 25 anos, fisioterapia).

“As práticas de IP são benéficas para a criança (...)” (Maria, 27 anos, fisioterapeuta).

Já nas práticas centradas na família, os depoimentos tratam como primordial a participação familiar, sendo que uma das entrevistadas chega a afirmar que:

“Acredito que a terapia só tem resultados se for feita com o acompanhamento da família” (Adriane, 29 anos, fisioterapia).

É importante salientar que este acompanhamento da família relatado pelos técnicos se refere as reuniões previamente marcada com os pais, assim como as conversas informais que os técnicos têm com os pais nos momentos de início e término das sessões. A participação da família aqui ainda não é ativa. O papel de co-responsabilidade da família ainda não faz parte da realidade dos programas de IP como um todo. Seria preciso todo um trabalho de

implementação do conceito de participação das famílias (Dunst, 1998) na formação dos profissionais, apontando para a importância da participação efetiva nas tomadas de decisões, sendo que a tomada de decisão é de escolha dos pais (forças e capacidades) e o apoio e recurso social cabem aos técnicos. A linha tênue desta percepção está em alinhar os interesses dos profissionais aos dos pais, assumindo que estes são os especialistas dos seus filhos e que o desenvolvimento da criança está diretamente ligado ao contexto familiar no qual a criança cresce.

4.2 Concepções de criança e de infância

As concepções de criança e de infância aparecem aqui, primordialmente associada a uma etapa da vida essencial para o desenvolvimento global. O conceito de criança ligada do desenvolvimento remete ao conceito de que o processo de desenvolvimento infantil está relacionado exclusivamente aos fatores de maturação biológica, que busca formar, preparar, trabalhar na formação do que *há de ser*, na visão de que a criança passa por etapas homogêneas de crescimento, de maturação individual (Sarmiento, 1997, 2005). É a infância vista como condição biológica fundamental para que futuramente exista o adulto.

“Etapa da vida, importante para aquisição/desenvolvimento de habilidades motoras, cognitivas, emocionais e psicossociais” (Julia, 23 anos, terapeuta ocupacional).

“Cronologicamente de 0 a 12 anos. Porém as crianças com Deficiência Intelectual tendem a prolongar esta etapa. Infância é a fase em que a criança se desenvolve, onde ela mais aprende sobre si e sobre o mundo” (Andressa, 25 anos, terapeuta ocupacional).

“Criança é a fase da vida em que há maior desenvolvimento biológico- maturacional, daí a necessidade de intervenção precoce, quando mais cedo, melhor” (Mafalda, 32 anos, pediatra).

As respostas dos técnicos mostram também uma postura de protecionismo para com as crianças, quando revelam que:

“Infância é a fase de brincar e ter as condições mínimas de saúde e alimentação para desenvolver suas habilidades emocionais e motoras” (Maria, 27 anos, fisioterapeuta).

Com esse discurso percebe-se a homogeneidade que sustenta a visão de fornecer os subsídios essenciais para que a criança possa ter um desenvolvimento saudável, revelando a inter-relação de dependência biológica e social da criança com o adulto, tido como direito essencial da criança, como será revelado a seguir neste trabalho. Aparecem aqui as políticas sociais com características de práticas assistencialistas de *preparação constante para uma integração que deve vir em um futuro que nunca se transforma em presente* (Walber e Silva, 2006, p. 36). Assim, pode relacionar o eixo

Como já fora citado, os processos históricos nos revelam a existência de diferentes populações infantis com processos sociais diferentes (cf. Abramowicz & Moruzzi, 2010) nos livrando da concepção de homogeneidade para uma visão heterogênea do mundo da criança. Através das relações estruturadas com o mundo dos adultos, seja as sociais, afetivas e/ou cognitivas, as crianças constroem suas identidades como crianças e como membros de um grupo social específico, do qual elas atuam ativamente, interagindo com o mundo e criando suas formas próprias de compreensão.

Nesta relação com o mundo dos adultos, é possível verificar a compreensão por parte dos técnicos dos momentos significativos na infância, a ludicidade, considerado por Sarmiento (2004) como eixo estrutural das culturas da infância:

“Infância é aproveitar a fase da criança com brincadeiras” (Ana, 25 anos, fisioterapeuta).

“Infância são as brincadeiras, alegria” (Margarete, 35 anos, fonoaudióloga).

“É na infância que a criança deve brincar para poder expressar sua compreensão do mundo” (Mafalda, 32 anos, pediatra).

O momento lúdico permite à criança expressar de várias formas de seus sentimentos, possibilitando a interpretação e construção das suas rotinas culturais, com plena participação das crianças, as quais *brincam continua e abnegadamente. Contrariamente aos adultos entre brincar e fazer coisas sérias não há distinção, sendo o brincar muito do que as crianças fazem de mais sério* (SARMENTO, 2004, p.25). É na interação com os adultos, propícia com o momento de brincar juntos, de conversar, de interagir, que o técnico contribui para a (re) produção da cultura infantil atribuindo sentido ao mundo em que vivem (Corsaro, 2011).

Nesta (re) produção do mundo infantil, as crianças exercem papel ativo, vistas como *atores na construção e determinação de suas vidas, das vidas dos outros a sua volta e das sociedades em que vivem* (James e Prout, 1990, p.8). Isto significa repensar as práticas com vistas a abrir espaços de efetiva participação no mundo que envolve essas crianças, permitindo que desenvolvam habilidades para tomadas de decisão em próprio proveito. A difusão deste novo olhar sobre a criança é ainda recente e a troca de informação entre os técnicos pode ser vista como um mecanismo de divulgação e estudos sobre o tema.

“(A partilha) é fundamental. É abordado. E faz toda a diferença no trabalho” (Margarete, 35 anos, fonoaudióloga).

“É importante compartilhar questões sobre as crianças em diferentes contextos (terapêuticos, educacional e familiar), pois contribuem para compreensão do desenvolvimento e necessidades da criança” (Julia, 23 anos, terapeuta ocupacional).

“A importância se dá por enxergar a criança como um todo, não centrar-se apenas na sua área. Sim, é abordado. Influencia em conhecer onde a criança vai melhor, a fim de identificar as potencialidades e focar nas dificuldades” (Andressa, 25 anos, terapeuta ocupacional).

Conhecer a visão dos técnicos envolvidos diretamente com crianças nos proporciona com clareza o ponto em que os conceitos da sociologia da infância chegaram, como o entendimento do complexo e multifacetado processo de construção social influencia nos atendimentos de IP. Assim, conhecer a forma com que a partilha de concepções sobre as crianças ocorre pode oferecer melhor suporte e auxiliar na forma de encontrar meios para abordar a questão, que implica diretamente nas formas na execução das terapias.

4.3 Relações entre as concepções de criança e de infância e as práticas dos programas de Intervenção Precoce

As possibilidades de atuação da criança evidenciam o respeito a visão do sujeito, que deve desempenhar seu papel de ator social, como sujeito ativo e participativo nos processos que está inserido. Se o mundo da criança influencia-se com o dos adultos de diversas maneiras, há também a reação da criança à cultura que lhe é colocada, da qual a criança dará sentido a suas ações com seus familiares e seus pares.

Partindo desta concepção da influência dos adultos no mundo das crianças, faz-se possível uma reflexão sobre a participação das crianças, assumindo que são competentes na formulação de interpretações, nos *processos de apropriação da realidade (...)* e *modos de interpretação o mundo* (Sarmiento, 2004, p.22).

Neste sentido, a existência de conversa com as crianças durante as sessões de tratamento foi questionada aos técnicos entrevistados, e como revelada em todas as respostas, a conversa com as crianças nas terapias ocorre em forma de explicação, quando o técnico conta para a criança qual atividade vai realizar com ela. Segundo Maria, “durante as sessões são explicadas as atividades que estão sendo realizadas” (27 anos, fisioterapeuta).

A conversa com a criança aparece como importante no intuito de perceber quais são suas opiniões, em apresentar um espaço ativo de comunicação no qual as preferências, desejos, espontaneidade das crianças emergem e se engajam no desenvolvimento dos atendimentos. Assim, a participação ativa encontra espaço, a criança começa a desenvolver as competências para assumir seu papel de ator social.

Um fator importante revelado como obstáculo na conversa com as crianças está relacionado com a capacidade de compreensão das crianças, especialmente quando falamos em IP. Os técnicos revelam em algumas respostas que a conversa com a criança acontece:

“Quando apresenta cognitivo satisfatório para compreender” (Julia, 23 anos, terapeuta ocupacional).

“Parcialmente. Os termos técnicos dos objetivos não explico, porém tento mostrar o que pretendo dentro da linguagem dela e de sua capacidade de compreensão” (Andressa, 25 anos, terapeuta ocupacional).

Fica evidente que a participação da criança tem alguns entraves devido a sua limitação intelectual, relativa ao seu desenvolvimento como se este fator fundamental na sua capacidade de escolha, nas suas necessidades individuais, valorizando as diferenças e impedindo a formação de sua personalidade. A conversa com a criança amplia suas relações sociais, suas formas de linguagem – não propriamente a fala – possibilitando o sentimento de segurança para explorar, revelar curiosidades, dúvidas e interagir melhor com os adultos e seus pares. Permitir que a criança fale, se expresse é permitir que ela exerça o seu direito, com seu papel de ator, de participação ativa no contexto em que se encontra.

Em relação à participação ativa das crianças nos tratamentos, foi solicitada aos técnicos uma sugestão de como a criança poderia ter papel ativo e as respostas foram, em sua maioria, estimular o interesse e o gosto da criança para aquilo que se almeja na atividade proposta. Outro ponto revelado por dois técnicos é proporcionar a adaptação da criança ao ambiente, deixando a criança escolher os brinquedos que serão usados na terapia.

“Deixar a criança escolher o brinquedo é uma forma de vincular, dar autonomia e conhecer a criança (...)” (Andressa, 25 anos, terapeuta ocupacional).

“Sempre estimular e convocar a criança a participar das atividades propostas, e, ao mesmo tempo, deixar a criança livre para interagir com os objetos e o ambiente” (Jaqueline, 30 anos, psicóloga).

Baseado na premissa defendida pela UNICEF (2003) de que as crianças não devem ser forçadas a participar em nenhuma situação, foi questionado aos técnicos qual é a ação tomada quando enfrentam uma situação de recusa por parte da criança em determinado atendimento:

“Eu canto, primeiramente acolho a criança ao ambiente e principalmente brinco com ela” (Adriane, 29 anos, fisioterapeuta).

“Ofertar outra atividade com o mesmo objetivo para ser realizado” (Maria, 27 anos, fisioterapeuta).

“Tentar conversar com a família sobre o que está acontecendo” (Margarete, 35 anos, fonoaudióloga).

“Oferecer outras opções de atividades para a criança que já foram previamente planejadas” (Luciane, 28 anos, pedagoga).

“Tentar convencer a criança com conversa e brincadeiras” (Mafalda, 32 anos, pediatra).

O comportamento de recusa por parte da criança pode ser visto, dentre outros possíveis fatores, como resultado das tentativas da criança para fazer o mundo do adulto ter sentido ou até mesmo para resisti-lo (cf. Corsaro, 2011). É preciso que os técnicos compreendam que a resistência por parte da criança é uma forma de comunicação, que deve ser abordada com atitudes de compreensão e de diálogo. Podemos perceber que algumas das entrevistadas demonstram compreender a resistência como um momento sensível da criança, afirmando que procuram alternativas para superar a situação. É importante ressaltar que o diálogo com a criança é uma ferramenta essencial para superação de resistência, levando em conta que a decisão final sobre a participação na terapia deve ser tomada considerando a opinião da criança. Cabe aqui uma citação de Sarmento & Pinto:

...o olhar das crianças permite revelar fenômenos sociais que o olhar dos adultos deixa na penumbra ou obscurece totalmente. Assim, interpretar as representações sociais das crianças pode ser não apenas um meio de acesso à infância como categoria social, mas às próprias estruturas e dinâmicas sociais que são desocultadas no discurso das crianças (1997, p. 25).

A brincadeira, que além das dimensões de ludicidade (Sarmento, 2004) e de ser um direito da criança, é também uma atividade prazerosa que permite a construção das práticas culturais, aparece como aliada dos técnicos em situações delicadas na resolução das situações de resistência por parte da criança.

“Acredito que nas terapias deve conter momentos lúdicos sempre” (Margarete, 35 anos, fonoaudióloga).

“É através do brincar que ela (criança) se desenvolve, então o brinquedo é uma ferramenta que além de desenvolver, gera prazer, o que facilita a terapia” (Andressa, 25 anos, terapeuta ocupacional).

“Há possibilidade de fazer com que os objetivos da terapia sejam aplicados como brincadeiras” (Maria, 27 anos, fisioterapeuta).

“Acho fundamental, as terapias devem ser feitas com brincadeiras” (Adriane, 29 anos, fisioterapeuta).

“O brincar pode ser utilizado na terapia como meio, para estimular determinadas habilidades, ou como fim, visando favorecer o desempenho da criança da melhor forma possível” (Julia, 23 anos, terapeuta ocupacional).

Ao brincar, a criança tem a possibilidade de expressar seus sentimentos, simulando e inventando com o faz-de-conta, vivenciando suas fantasias e representações do que estão elaborando, como os tratamentos terapêuticos. No contexto das terapias, a interação com os adultos permite com que a criança faça referência e reproduza suas ações com um sentido próprio. Todos os técnicos entrevistados revelam que a brincadeira é uma ferramenta nas terapias, que utilizam o lúdico como forma de deixar a criança expressar aquilo que ficou oculto em sua fala.

“É nesse espaço, através do lúdico, que a criança consegue expressar o que está sentindo, que muitas vezes através da fala não consegue” (Jaqueline, 30 anos, psicóloga).

“A brincadeira deve fazer parte de toda terapia com crianças. Através da brincadeira, conhecemos verdadeiramente a criança e aquilo que ela não consegue expressar com a oralidade” (Luciane, 28 anos, pedagoga).

Relativamente aos direitos da criança, os técnicos foram questionados sobre como este tema é tratado nas reuniões de grupo. As respostas obtidas ficaram exatamente divididas entre

os que discutem os direitos em parceria com o serviço de assistência social da associação e os demais que revelam que este tema não é discutido.

“Sim. São discutidos pelas terapeutas da equipe e levados ao setor especializado (assistência social) da instituição” (Maria, 27 anos, fisioterapeuta).

“Sim, principalmente em parceria com o serviço social da instituição” (Julia, 23 anos, terapeuta ocupacional).

“Sim, é discutido em grupo e levado a assistente social” (Ana, 25 anos, fisioterapeuta).

“Não temos reuniões com essa pauta, infelizmente” (Margarete, 35 anos, fonoaudióloga).

“Os direitos da criança aparecem nas discussões com os colegas, mas não acontece no formal, com estudos dirigidos ou pautas de reunião”. (Luciane, 28 anos, pedagoga).

“Os direitos da criança são pouco abordados. No entanto, quando se percebe que alguma criança está sendo privada de algo essencial, o caso é passado para a assistente social que provém de condições para estes casos”. (Mafalda, 32 anos, pediatra).

Os direitos da criança são assim, passados a frente, como se toda questão relativa aos direitos estão unicamente ligadas ao assistencialismo, ficando assim sob responsabilidade do setor de assistência social. É claro que o direito a proteção, à vida e à saúde são priorizados e devem ser encarados como tal. Porém, é importante salientar a possibilidade em realizar a intervenção imediata com questões vivenciadas no ambiente terapêutico. Uma maneira clara disso é garantir à criança os seus direitos está na perspectiva de viver concretamente as suas diversas formas de expressão: o afeto, a sexualidade, a vivência com seus pares e adultos, o brincar, as formas de comunicar, o movimento e a fantasia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho revelou por meio da apresentação e discussão dos resultados, as concepções de criança e infância que têm os técnicos atuantes em uma associação de IP localizada no sul do Brasil. Salienta-se que o número de entrevistados foi pequeno, com total de dez participantes, o que não nos permite generalizar, ou como já fora esclarecido, não se pode analisar por outras situações que não a presente. Posto isto, pode-se afirmar que os dados levantados ofereceram elementos para uma discussão acerca da visão da criança e da infância na prática, das possibilidades de garantia dos direitos nas sessões de terapia em IP e da importância da participação efetiva das crianças nas tomadas de decisões. Apresentou um importante dado relativo à intervenção centrada na família, considerada fundamental para a eficiência nos tratamentos de IP na literatura atual, ainda vista como secundária no Brasil. A intervenção centrada na família está além da participação nas sessões; está em oferecer suporte, poder de decisão e capacitação para ações, fortalecendo o papel da família para que possa ter o direito pleno de assumir a responsabilidade de educar seus filhos com necessidades como qualquer outra família.

A dificuldade em encontrar pesquisas relativas a IP no Brasil, juntamente com a falta de uma legislação nacional para esta área, são fatores que desfavorecem as práticas de IP, uma vez que não há denominadores comuns para os atendimentos a nível nacional, o que certamente contribuiria para práticas mais eficazes.

Outro obstáculo encontrado nas práticas está na dificuldade do trabalho interdisciplinar. Os técnicos apresentam clareza quanto à definição e objetivos de IP. Avaliam que conhecer bem a criança com que se trabalha é essencial para oferecer o tratamento adequado e acreditam que a interação adulto-criança é fundamental e benéfica para a terapia. Na elaboração do plano de intervenção, os técnicos alegam que trabalham de forma fragmentada, sozinhos ou com especialistas da mesma área de atuação. Ainda que o termo “equipe” exista na Associação, a realização da interação dos diferentes conhecimentos profissionais acaba por não acontecer. Este fato deve ser encarado como uma questão a ser superada em breve, visto que a literatura atual aponta para os benefícios do trabalho multidisciplinar, favorecendo assim a troca de informação sobre a atuação de cada

profissional, que dentro de seus limites técnicos, favorece o entendimento e a atuação dos demais técnicos.

Apesar de apontar para a não existência de um tempo/espaço para elaboração do plano de intervenção, em outro momento do questionário os técnicos revelam que partilham as concepções sobre crianças com os colegas e a influencia disto em seu trabalho. O tempo para discussão existe, é preciso organizar pautas para estes momentos, priorizar o que será discutido, encontrar espaço para elaboração conjunta de planos de intervenção, favorecendo assim a interdisciplinaridade e cooperação entre os profissionais da equipe. A promoção de formação específica e contínua na área de IP também deveria ser considerada como necessária para reforçar a definição de estratégias e mecanismos de intervenção.

A visão atual da criança, como ser ativo, com voz e competente, permanece encoberta pelas questões biológicas que tendem a ser priorizadas. O enfoque assistencialista e preparatório constante para a formação da criança limita as ações para um futuro que nunca chega, omitindo a visão do que ela é hoje, das possibilidades do seu mundo agora. A possibilidade de efetivar a participação da criança nas tomadas de decisão está diretamente ligada à compreensão do mundo da criança, da sua cultura, de reconhecer que ela está inserida em uma categoria geracional, a infância. Aparece como fundamental uma reflexão sobre a criança, o repensar sobre o seu papel na sociedade e os meios para que exerça sua cidadania plena.

Permitir que a criança participe somente quando há capacidade de compreensão por parte dela, especialmente no caso de tratamento de crianças com necessidades especiais, pode ser considerado como mais um fator que a afaste do exercício de seu papel de cidadã. Todas as crianças devem ter seus direitos respeitados em todos os setores de uma sociedade democrática. É com as brincadeiras, com a interação, com a segurança e o conforto oferecidos que as crianças encontram formas de se expressar e criar, de transformar e ser transformada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramowicz, A., Moruzzi, A. (2010). *O plural da infância: aportes da sociologia*. São Carlos, SP: ed. EdUSFcar.
- Almeida, I. C., (2004). *Intervenção Precoce: Focada na criança ou centrada na família e na comunidade?* *Análise Psicológica*, 43- 54.
- _____ (2010). *O Modelo de Intervenção Centrado na Família: Da Teoria à Prática*. Revista Diversidades, Serviços da Direção Regional de Educação Especial e Reabilitação e Colaboradores Externos. O Liberal, Empresa de Artes Gráficas, Ltda, 12 – 16.
- _____ (2009). *Estudos sobre Intervenção Precoce em Portugal*. Ideias dos Especialistas, dos Profissionais e das famílias. Volume I e II. Lisboa: Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P.
- Alves. M. (2009). *Intervenção Precoce e Educação Especial: Práticas de Intervenção centradas na família*. Viseu: Ed. Psicossoma.
- Ambrozio, C. (2008). *Participação de mães na avaliação do desenvolvimento do bebê com síndrome de down, realizada pelo psicólogo, na estimulação precoce*. (Tese de Mestrado) Curitiba: Capes.
- Bailey, D. B., Wolery, M. (1992). *Teaching Infants and Preschoolers with Disabilities*. New York: Macmillan Publishing Company.
- Barros, G. (2007). *Análise Sócio-Histórica das Concepções de Criança com Necessidades Educativas Especiais, Reveladas nas Revistas Oficiais do Brasil e Portugal, entre Julho de 1991 e Junho de 2001*. Tese de Mestrado em Ciências da Educação. Universidade do Porto.

- Barroso, L. (2000). *As idéias das crianças e adolescentes sobre seus direitos: um estudo evolutivo à luz da teoria piagetiana*. Campinas (SP): Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas.
- Belo, A., Tomás, C. (2012). *Direitos Humanos e da Criança: Conversando sobre os Direitos Humanos e Direitos da Criança*. Revista Alicerces, Ano IV, no. 5, Lisboa.
- Bogdan, R., Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação*. Porto: Porto Editora.
- Bondia, J. (2001). *Notas sobre a experiência e o saber de experiência*. I Seminário Internacional de Educação de Campinas, p. 19 – 28.
- Bolsanello, M. A. (1998). *Interação mãe-filho portador de deficiência: concepção e modos de atuar dos profissionais em estimulação precoce*. São Paulo. (Tese de Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- _____ (2003). *Concepções sobre os procedimentos de intervenção e avaliação de profissionais em estimulação precoce*. Educar, Curitiba, n. 22, p. 343-355. Editora UFPR.
- Brasil. Ministério da Educação. (1995). *Diretrizes educacionais sobre estimulação precoce: o portador de necessidades educacionais especiais*. Brasília: MEC, Secretaria de Educação Especial (SEESP).
- _____. Decreto 3.298 de 29 de dezembro de 1999. *Regulamenta a lei 7853/89, dispõe sobre a política nacional para a integração da pessoa portadora de deficiência, consolida a norma de proteção*. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 1999.
- _____. Ministério da Educação. (2000) *Referencial curricular nacional para a educação infantil: estratégias e orientações para a educação de crianças com necessidades educacionais especiais*. Brasília: MEC, Secretaria de Educação Especial (SEESP).
- _____. Ministério da Educação. (2007) *Evolução da educação especial no Brasil*. Brasília: MEC, Secretaria de Educação Especial (SEESP).
- _____. Ministério da Educação. (2006). *Educação Infantil: Saberes e práticas da inclusão*. Brasília: MEC, Secretaria de Educação Especial (SEESP).
- _____. Governo Federal. (2011). *Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência*. Brasília: Secretaria dos Direitos Humanos.

- Bronfenbrenner, U. (1979). *Ecological models of human developmental processes*. In: W. Damon & R.M. Lerner (Eds). *Handbook of child psychology*. New York: John Wiley and Sons.
- Convention on the Rights of Child*, New York, 1989. Disponível em: http://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-11&chapter=4&lang=enhttp://treaties.un.org/doc/Treaties/1990/09/19900902%2003-14%20AM/Ch_IV_11p.pdf
- Corsaro, W. (2011). *Sociologia da Infância*. Porto Alegre: Ed. Artmed.
- Costa, L., Madalozzo, S. (2007). *Política Social: o atendimento de crianças e adolescentes no Brasil*. Lavoratti, Ponta Grossa: Ed. UEPG.
- Demetrio, S. (2005). *Deficiência auditiva e família*. In: Bevilacqua, M. C.; Moret, A. L. M. *Deficiência auditiva: conversando familiares e profissionais de saúde*. São José dos Campos: Pulso, p. 235-251.
- Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (1996). *Empowerment, effective helpgiving practices and family-centered care*. *Pediatric Nursing*, 22, 334–337, 343.
- Estrela, A., (1994). *Teoria e Prática de Observação de Classes - Uma Estratégia de Formação de Professores*. 4ª edição, Porto Editora.
- Franco, V., (2007). *Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipe em Intervenção Precoce*. *Interação em Psicologia*, Universidade de Évora, 11(1), p. 113-121.
- Figueiredo, G., Mello, D. (2007). *Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.15 no. 6. Ribeirão Preto Nov./Dec. 2007.
- Flores, J. (1994). *Análisis de datos cualitativos – Aplicaciones a la investigación educativa*. Barcelona: PPU.

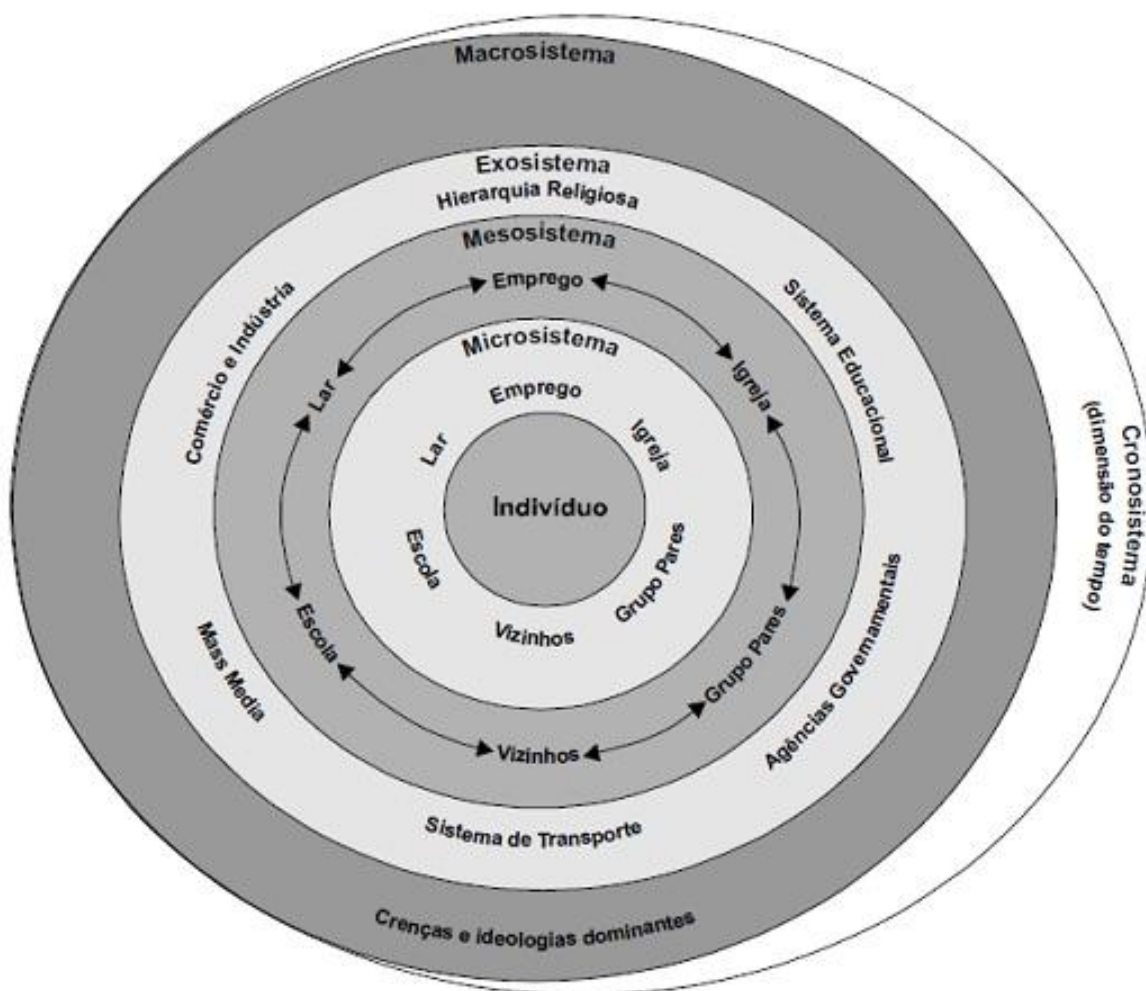
- Gomes, I., Fraga, M. (2001). *Direitos do cidadão hospitalizado: teoria e práxis*. Fortaleza (CE): Ban Gráfica.
- Gomes, I. L. V.; Caetano, R.; Jorge, M. S. B. (2008). *The rights of the child in family and in society: cartography of laws and resolutions*. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 61, n. 1, p. 61-65.
- Guralnick, M. (1998). *The effectiveness of early intervention*. Baltimore: Paul, H. Brooks Publishing.
- Marchi, R. (2007). *Os sentidos (paradoxais) da infância nas ciências sociais: um estudo de sociologia da infância crítica sobre a “não-criança” no Brasil*. (TESE). Florianópolis: UFSC.
- Mendes E. (2010). *Programa Mãe Curitibana: uma rede de atenção à mulher e à criança em Curitiba, Paraná*. Lima: Organização Pan-Americana da Saúde. Ciênc. saúde coletiva, vol.15, no.5.
- Mello, D., Viera, C., Simpionato, E., Biasoli-Alves Z., Nascimento, L. (2005). *Genograma e Ecomapa: as possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família*. Rev Bras Cresc Desenv Humano. 15(1):78-89.
- Minetto, M.(2010) *Práticas educativas parentais, crenças parentais, estresse parental e funcionamento familiar de pais de crianças com desenvolvimento típico e atípico*. – Tese (Doutorado em Psicologia) Programa de Pós-Graduação em Psicologia, UFSC.
- Paraná (2001). *Conselho Estadual de Defesa da Criança e do Adolescente. Política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente no estado do Paraná*. Curitiba: CEDCA.
- Pimentel, J., (2004). *Avaliação de programas de Intervenção Precoce. Análise Psicológica*, 22, 1, 65-72.

- Prout, A. (2004). *The Future Of Childhood: Towards The Interdisciplinary Study Of Children*. London, Falmer Press.
- Rettig, M. (1998). *Guidelines for beginning and maintaining a toy lending library*. IN: *Early Childhood Journal*.
- Rizzini, I. (1993). *A Criança no Brasil Hoje*. RJ: Univ. Santa Úrsula.
- Rodrigues, D. (org.). (2006). *Inclusão e Educação: doze olhares sobre a Educação Inclusiva*. São Paulo. Summus Editorial.
- Sarmiento, M., Gouvêa, M. (2008). *Estudos da Infância: Educação e Práticas Sociais*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Sarmiento, M., Cerisara, A. (2004). *Crianças e miúdos: perspectivas sociopedagógicas da infância e educação*. Porto: Asa.
- Sarmiento, M. (1997) *As crianças: contextos e identidades*. Portugal: Centro de Estudos da Criança. - Ed. Bezerra.
- _____ (2005) *Gerações e alteridade: interrogações a partir da sociologia da Infância*. Educação e Sociedade: revista de Ciência da Educação/Centro de Estudos Educação e Sociedade, Campinas.
- Sella, M. (2008). *Snoezelen – Um Caminho Para O Mundo Sensorial*, Curitiba, AMCIP.
- Silva, I. (2011). *Políticas de educação profissional para pessoas com deficiência*. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.
- Telles, A. (2006). *Pesquisa sobre o universo infante – juvenil e a instituição religiosa protestante*. ANAIS DO VII SEMINÁRIO FAZENDO GÊNERO. Florianópolis.
- Tomás, C. (2006). *Há muitos mundos no mundo. Cosmopolitismo, Participação e Direitos da Criança*. Tese (Doutorado). Porto: Edições Afrontamento.

- Tuckman, B. W. (2000). *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Walber, V., Silva, R. (2006). *As práticas de cuidado e a questão da deficiência: integração ou inclusão?* Estudos de Psicologia I Campinas, p. 29-37.
- Williams, L.; Aiello, A. (2001) *O inventário Portage operacionalizado: intervenção com famílias*. São Paulo: Memnon.
- Woodhead, M. (2006). *Changing perspectives on early childhood: theory, research and policy. Education for All Global Monitoring Report*. UNESCO.
- YIN, R. (1994). *Case Study Research: Design and Methods* (2ª Ed) Thousand Oaks, CA: SAGE Publications

ANEXOS

ANEXO I - MODELO ECOLÓGICO DO DESENVOLVIMENTO BRONFENBRENNER



ANEXO II – MODELO DO PLANO INDIVIDUAL DE APOIO ÀS FAMÍLIAS (PIAF)

Nome da criança:
Data de Nascimento:
Idade:
Morada:
Contacto:
Responsável do caso:

Equipe:

Assinaturas:

Pediatra

Fisioterapeuta

Educadora

Terapeuta Ocupacional

Início em: / /

Fim em: / /

Concordância da família

Estamos de acordo com este plano, entendemos e concordamos em colaborar para o sucesso na sua concretização.

Data:

Conhecendo a família

Interesses:

Necessidades:

Prioridades:

--

✓ A nossa família tem:

Capacidades:

Pode contar com serviços, pessoas, recursos:
--

Outras forças/ competências:

Conhecendo melhor o _____

✓ O _____ já é capaz de:

✓ O _____ gosta de:

✓ Pessoas que podemos contar:

Nome	Quem é?	Telefone

✓ Para o _____ ser capaz de _____

O que fazer?	Quem faz?	Quando?	Como?

✓ Para nossa família ser capaz de _____

O que?	Quem faz?	Onde?	Quando?

Avaliação

✓ O que conseguimos até agora?

--

✓ O ainda precisamos resolver?

--

ANEXO III – 10ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE 2009

Principais propostas aprovadas pela 10ª Conferência Municipal de Saúde para a atenção materno-infantil:

1. Manter e aprimorar a assistência humanizada ao pré-natal, parto e nascimento, garantindo, em conformidade com a lei, a presença de um acompanhante no pré-parto, parto e puerpério;
2. Atualizar protocolos e materiais educativos de atenção ao pré-natal, parto e puerpério e de planejamento familiar em parceria com sociedades científicas, entidades formadoras, prestadores e com o controle social e população envolvida nos protocolos;
3. Manter o atendimento as vítimas de violência sexual e assegurar o abortamento permitido por lei, garantindo condições seguras para as mulheres, visando a reduzir a morbimortalidade materna;
4. Aprimorar sistema de notificação das altas hospitalares de crianças menores de 1 ano, visando a melhorar os acompanhamentos;
5. Aperfeiçoar o sistema de vigilância e atenção integradas e intersetoriais para gestantes e crianças;
6. Aperfeiçoar as ações do Programa de Aleitamento Materno e do Programa Mama Nenê, ampliação das parcerias e capacitação de todos os profissionais envolvidos;
7. Aperfeiçoar ações integradas, intra e intersetoriais no enfrentamento de situações de risco social, biológico e violências contra mulheres, gestantes, crianças, adolescentes e pessoas com deficiências;
8. Ampliar a divulgação de programas de educação em saúde, voltados para mulheres, gestantes, crianças e adolescentes, nas temáticas DST/AIDS, saúde bucal e nutricional, sexualidade, violência, álcool e outras drogas, orientação sexual e identidade de gênero, afro descendência, indígenas, deficiências, *bullying*, pessoas vivendo e convivendo com HIV/Aids, exploração sexual, direitos humanos, deficiências, entre outros;

9. Manter o processo de educação permanente dos profissionais de Organizações Governamentais e não governamentais envolvidos na atenção às mulheres, gestantes, crianças e adolescentes, incluindo também os temas sobre orientação sexual e identidade de gênero, afro-descendência, indígenas, deficiências, *bullying*, pessoas vivendo e convivendo com HIV/Aids, exploração sexual, direitos humanos, entre outros;

10. Fortalecer as ações de planejamento familiar no município;

11. Implementar a assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, nas diferentes fases do ciclo vital, com perspectiva da atenção integral à saúde;

12. Implementar a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, incluindo o sistema de reprodução assistida;

13. Sensibilizar a direção das maternidades, os profissionais médicos e enfermeiras que assistem as gestantes, para que procedimentos como episiotomia, lavagem intestinal, tricotomia, imobilização no leito e indução ao parto, ainda que corriqueiros, desrespeitam e prejudicam o processo natural e saudável do nascimento, sejam adotados somente quando necessários;

14. Favorecer e estimular e divulgar parto vaginal, sensibilizando os profissionais de saúde e a gestante para a indicação da cesariana somente para casos realmente necessários à segurança do bebê e da mulher;

15. Aprimorar ações educativas de incentivo ao aleitamento materno;

16. Promover e intensificar a atenção obstétrica qualificada e humanizada, inclusive na assistência ao abortamento em condições seguras prevenindo complicações pós-aborto em mulheres adultas e adolescentes, visando reduzir a mortalidade materna;

17. Debater a legislação que trata da interrupção voluntária da gravidez e divulgar os serviços já existentes para a realização do aborto nos casos já permitidos por lei (gravidez resultante de estupro ou risco de vida para a mulher);.

18. Implementar, aprimorar e divulgar ações para o uso da anticoncepção de emergência na rede municipal;

19. Aprimorar o programa municipal para prevenção, diagnóstico, assistência e controle do câncer cérvico-uterino e de mama intensificando as ações socioeducativas;

20. Implementar e divulgar ações para prevenção da sífilis congênita como problema de saúde pública;

21. Implementar e divulgar as ações que visem a maior adesão no tratamento da infecção urinária na gestação, diminuindo as mortes materna e infantil.

22. Realizar campanhas educativas sobre os principais agravos que afetam as mulheres, com ênfase no combate ao tabagismo, divulgando os serviços existentes e as formas de acesso;

23. Promover e facilitar o acesso das mulheres aos serviços de saúde existentes considerando a diversidade racial/étnica, sexual, etária, sociocultural e com deficiência, com produção e divulgação de material educativo, com meios e linguagens apropriadas, inclusive em Braille;

24. Manter e divulgar as ações da Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos de 2004.

ANEXO IV – ESPAÇOS DE INTERVENÇÃO PRECOCE – SALA SNOEZELEN



SALA BRANCA



SALA NEGRA



GLOBO DE ESPELHOS



CORTINA DE FIBRA ÓTICA



TUBO DE BOLHAS

ANEXO V- ENTREVISTA

Destinatários: Técnicos de Intervenção Precoce (IP) atuantes em específica associação no Sul do Brasil.

Tema: Concepções de crianças e de infância dos técnicos em IP em uma Associação no Sul do Brasil.

Objetivo Geral: Caracterizar as concepções sociais de criança e de infância que têm os técnicos atuantes em IP em uma associação no sul do Brasil e as suas influências nas práticas;

Objetivos específicos:

- Caracterizar o modelo de trabalho que desenvolvem nas práticas de IP;
- Conhecer os elementos que desempenham papel ativo nas tomadas de decisões;
- Caracterizar o que os técnicos entendem por criança e por infância;
- Analisar o conhecimento dos técnicos sobre os direitos da criança e a forma como são – ou não- mobilizados e garantidos na prática profissional.

Durante a entrevista:

- Informar os entrevistados sobre este Estudo.
- Motivar os entrevistados para o tema.
- Garantir o anonimato.
- Garantir a confidencialidade das respostas.
- Pedir autorização para gravar a entrevista.
- Fazer as perguntas.
- Facilitar a audição da gravação ao entrevistado, após a entrevista.
- Agradecer a colaboração.

Questões:

1. Identificação do Entrevistado:

1.1. Idade:

1.2. Sexo:

1.3. Função:

1.4. Formação em Intervenção Precoce:

1.5. Tempo de trabalho na Associação:

1.6. Tempo que trabalha com criança:

2. Práticas de Intervenção Precoce (IP):

2.1. Quais são os objetivos da IP em sua opinião?

2.2. Por que escolheu trabalhar nesta área?

- 2.3. O que você considera fundamental para um bom atendimento nas sessões de terapia?
- 2.4. Você participa da elaboração do plano de intervenção? Quem são os demais envolvidos ativamente nesta etapa?
- 2.5. Quem são seus maiores parceiros no desenvolvimento das terapias?
- 2.6. Como você avalia seu desempenho profissional em IP?
- 2.7. Como você vê as práticas de IP centradas na criança? E na família?

3. Concepções da sociologia da infância:

- 3.1. O que você entende por criança? E por infância?
- 3.2. Que importância tem – ou não – a partilha de concepções pelos técnicos? Algumas vezes abordam esta questão? Em que medida influencia o trabalho?

4. Relações entre as concepções de criança e de infância e as práticas dos programas de IP:

- 4.1. Você conversa com a criança sobre o trabalho que desenvolve com ela?
- 4.2. Tem alguma sugestão de como a criança possa ter papel ativo nos tratamentos?
- 4.3. Qual é o procedimento quando uma criança com comportamento difícil se recusa a participar da terapia?
- 4.3. Você considera que os técnicos de IP estão preparados para lidar com a participação da criança nos tratamentos ofertados?
- 4.5. O brincar é um componente fundamental quando pensamos em infância como um processo dinâmico. Nesta perspectiva, como você vê a possibilidade de assegurar o direito que a criança tem de brincar num tempo-espaço designado para terapias?
- 4.6. Os direitos das crianças são conhecidos e discutidos nas reuniões em grupo? Cite um exemplo de como os direitos são - ou não - promovidos e garantidos nas práticas de trabalho: