

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA
IX CURSO DE MESTRADO EM SOCIOLOGIA
ÀREA DE ESPECIALIZAÇÃO – FAMÍLIA E POPULAÇÃO

**“O PAPEL DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE INTERVENÇÃO
PRECOCE NA PERSPECTIVA DAS FAMÍLIAS”**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA POR:

Maria Antónia Solda Gonçalves

ORIENTADOR:
PROFESSOR DR. J.M. NAZARETT

“Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo Júri”

ÉVORA
Novembro de 2006

ERRATA:

Onde se lê:	Deve ler-se:	Página – parágrafo – linha
alva	alvo	30 – 2º parágrafo
na de formação	na formação	40 – 2º parágrafo
da forma	de forma	40 – 3º parágrafo
retracta	retrata	53 – 2º parágrafo
de literário	literário	57 – 2º parágrafo
aluno	alunos	70 – 6º parágrafo
IP entendida ...	IP é entendida ...	76 – 6º parágrafo
b)(...) países	b) (...) pais	78
173.654	173.646	78 – 5º parágrafo
17.755 (10%)	10.792 (6,2%)	78 – 5º parágrafo
apoiar	apoio	92 – 11º parágrafo
de criança	das crianças	97 – 6º parágrafo
tornamos	tornarmos	111 – 2º parágrafo
suja	surja	114 – 1º parágrafo (ponto 4)
com contexto ...	como contexto ...	121 – 1º parágrafo
acelerara	acelerada	122 – 5º parágrafo
preferencial menta	preferencialmente	123 – 1º parágrafo
existiram	existência de	125 – 4º parágrafo
quedo	que do	128 – 2º parágrafo
em	em que	140 – 3º parágrafo
físico	físicos	140 – 3º parágrafo
HDE	HESE	150 – 2º parágrafo
terão	terá	155 – 2º parágrafo
Sente que de ...	Sente que o técnico de ...	177 – 3º item
vai ser	foi	182 – 1ª linha
de envolver	para envolver	185 – 8º parágrafo

Nota:

- No 5º parágrafo da página 40, o período repetido deve ser omitido;
- No 2º parágrafo da página 101, a última frase deve ser omitida;
- No 2º parágrafo da página 157, a expressão repetida deve ser omitida;

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA
IX CURSO DE MESTRADO EM SOCIOLOGIA
ÀREA DE ESPECIALIZAÇÃO – FAMÍLIA E POPULAÇÃO

**“O PAPEL DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE INTERVENÇÃO
PRECOCE NA PERSPECTIVA DAS FAMÍLIAS”**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA POR:

Maria Antónia Solda Gonçalves



163 310

ORIENTADOR:
PROFESSOR DR. J.M. NAZARETT

“Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo Júri”

ÉVORA
Novembro de 2006

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Manuel Nazareth pela disponibilidade, sugestões, estímulo e interesse que manifestou ao longo da orientação deste trabalho.

Às famílias das crianças que se disponibilizaram para participar no estudo, pelo seu testemunho, pelas vivências e experiências que comigo partilharam.

Aos colegas e amigos pelos conselhos, pelo incentivo, afecto e amizade.

À minha família, em especial às minhas filha Patrícia, ao meu marido Feliciano, e principalmente à minha mãe, Mariana, pela disponibilidade e o apoio dispensado e pela compreensão das minhas ausências e aceitação das privações que elas lhes causaram.

Agradeço também à equipa de intervenção precoce da qual faço parte e um agradecimento muito especial à equipa distrital nomeadamente à Sr. Dr.^a Cristina Miranda à D. Marília e à Dr.^a Inês Filipe que sempre se mostraram disponíveis em relação aos dados estatísticos sobre o tema.

A todos os que directa ou indirectamente contribuíram para que a realização desta dissertação fosse uma realidade.

RESUMO

O período da infância sempre constituiu uma preocupação no que se refere às suas implicações para o desenvolvimento futuro do indivíduo. Esta preocupação foi sendo atendida mercê da influência que os factores políticos, sociais e científicos exerceram ao longo da história da humanidade.

Esta dissertação tem como temática mais alargada a **Intervenção Precoce**. A nível nacional a legislação para o efeito, define a Intervenção Precoce como "*uma medida de apoio integrado, centrado na criança e na família (...)*".

Progressivamente, diversas contribuições conceptuais vieram reforçar a importância do **envolvimento familiar**, a abordagem da intervenção passa a ser centrado na família e de base comunitária, valorizam aspectos ligados ao funcionamento da família, à sua capacitação e poder.

Esta dissertação tem como objectivo estudar o papel da família no processo de Intervenção Precoce na perspectiva da família. A população do estudo é constituída por quarenta e quatro famílias e respectivas crianças.

Utilizou-se a abordagem quantitativa e o instrumento de colheita de dados foi o questionário semi-estruturado.

Concluimos que as **famílias** são o recurso central na vida da **criança**, são agentes activos, informados e parceiros no processo de intervenção com a criança.

Palavra-chave: Intervenção Precoce, Família, Criança

ABSTRACT

The paper of the family in the process of precocious intervention in the perspective of the family.

The period of infancy always constituted a concern as for its implications for the future development of the individual. This concern was being taken care of grace of the influence that the factors politicians, social and scientific had exerted throughout the history of the humanity.

This dissertation as thematic more has widened the precocious intervention. At national level the legislation is into effect diligence, defines the precocious intervention as “a measure of integrated support, centred in the child and the family (...)”.

Gradually, diverse conceptual contributions had come to strengthen the importance of the familiar involvement, the approach of the intervention pass to be centred in the family and of communitarian base, they value on aspects to the functioning of the family, to its qualification and power

This dissertation has like objective to study the paper of the family in the process of precocious intervention in the perspective of the family. The population in study is constituted by forty-four families and respective children.

It was used quantitative boarding and the instrument of harvest of data was the half-structuralized questionnaire.

We conclude that the families are the central resource in life of child, are active and informative agents, and partners in the process of intervention with the child.

Keywords: precocious intervention, family, child

ÍNDICE GERAL

	Pág.
INTRODUÇÃO	9
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	11
CAPITULO 1 – PERSPECTIVA HISTÓRICA DOS PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO PRECOCE NO CONTEXTO INTERNACIONAL	12
INTRODUÇÃO	12
1 - A INFÂNCIA: DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM DA CRIANÇA	12
2 - A DEFICIÊNCIA: UM OLHAR AO LONGO DA HISTÓRIA	16
3 - DA EDUCAÇÃO ESPECIAL AO CONCEITO DE NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS.....	23
4 – INTERVENÇÃO PRECOCE: ANTECEDENTES E ÂMBITOS QUE CONTRIBUÍRAM PARA O SEU DESENVOLVIMENTO	27
4.1 – <u>Evolução conceptual</u>	28
5 - PRIMÓRDIOS E EVOLUÇÃO DA INTERVENÇÃO PRECOCE	32
5.1 – <u>Caracterização do contexto político e sócio-económico</u>	32
5.2 – <u>Evolução dos programas de Intervenção precoce</u>	34
CAPITULO 2 – INTERVENÇÃO PRECOCE NO CONTEXTO NACIONAL	51
INTRODUÇÃO	51

1 - CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO INFANTIL RESIDENTE EM PORTUGAL	52
2 - A DEFICIÊNCIA	61
2.1 – <u>Caracterização da população com deficiência</u>	62
4 - ENQUADRAMENTO HISTÓRICO/LEGAL DO ATENDIMENTO A CRIANÇAS COM NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS	67
5 - EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA INTERVENÇÃO PRECOCE	71
5.1 – <u>O que é a Intervenção Precoce?</u>...	76
5.2 – <u>A Intervenção Precoce a nível do Alentejo</u>	78
CAPÍTULO 3 – INTERVENÇÃO PRECOCE: DAS PRÁTICAS CENTRADAS NA CRIANÇA ÀS PRÁTICAS CENTRADAS NA FAMÍLIA	81
INTRODUÇÃO.....	81
1 - CONTRIBUTOS TEÓRICOS	82
2 - EVOLUÇÃO HISTÓRICA	83
3 – PRÁTICAS CENTRADAS NA FAMÍLIA: IMPLICAÇÕES.....	90
4 - CONTEXTOS DE INTERVENÇÃO	94
4.1 – <u>Apoio domiciliário</u>	94
4.2 - <u>Apoio em creche / jardim-de-infância</u>	97
4.3 - <u>Apoio em Unidade de Intervenção Precoce</u>	98

PATE II – ENQUADRAMENTO NORMATIVO/LEGAL DA INTERVENÇÃO PRECOCE	99
CAPITULO 1 – DOCUMENTOS / DIRECTRIZES NORMATIVAS NO ÂMBITO INTERNACIONAL E LEGISLAÇÃO NACIONAL	100
INTRODUÇÃO	100
1 - NO ÂMBITO INTERNACIONAL E COMUNITÁRIO.....	100
2 - NO ÂMBITO NACIONAL	104
PARTE III – “O PAPEL DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE INTERVENÇÃO PRECOCE NA PERSPECTIVA DAS FAMÍLIAS”	109
CAPÍTULO 1 – ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO	110
INTRODUÇÃO	110
1 – JUSTIFICAÇÃO DO TEMA	110
2 – TEMA DE INVESTIGAÇÃO	110
3 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	111
CAPITULO 2 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	112
INTRODUÇÃO	112
1 – POPULAÇÃO EM ESTUDO.....	112

2 – QUESTÕES DO ESTUDO.....	113
3 – OBJECTIVOS DO ESTUDO	113
4 – VARIÁVEIS	114
4.1 – <u>Variável Dependente</u>	115
4.2 – <u>Variáveis Independentes</u>	115
5 – ABRDAGEM METODOLÓGICA	116
6 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	116
7 – RECOLHA DE DADOS	118
8 – PROCEDIMENTOS PARA TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	118
CAPITULO 3 – TRATAMENTO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	120
INTRODUÇÃO	120
1- ANÁLISE DESCRITIVA	120
1.1 - <u>Caracterização das crianças em estudo</u>	120
1.2 - <u>Caracterização do agregado familiar</u>	128
1.3– <u>Características da Habitação</u>.....	137
1.4 – <u>Integração da criança/família no Programa de Intervenção Precoce</u>	139
1.5 – <u>Avaliação da criança/família no âmbito do programa</u>.....	152
1.6 – <u>Plano de Intervenção</u>	164
1.7 – <u>A percepção das famílias sobre os serviços prestados pelos técnicos</u>	175
CONCLUSÕES	180

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	189
ANEXOS	196
QUESTIONÁRIO	
ÍNDICE DE QUADROS.....	
ÍNDICE DE TABELAS	
ÍNDICE DE FIGURAS	
ÍNDICE DE GRÁFICOS	

INTRODUÇÃO

Remonta aos anos 60 o aparecimento, nos EUA, dos primeiros programas considerados de Intervenção Precoce. Desde então assistimos a um interesse crescente e a uma evolução nesta área. Da intervenção centrada na criança e nos seus défices à intervenção centrada na família onde a criança se inclui, valorizando os seus recursos, as suas necessidades e prioridades.

A nível nacional, apesar da disseminação de numerosos projectos a que assistimos nos últimos anos, só no final da década de 90 este tipo de serviço foi reconhecido legalmente através da publicação do Despacho conjunto nº. 891/99 que define as “orientações reguladoras da Intervenção Precoce para crianças com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento e suas famílias”. Apesar da sua evolução mais lenta acreditamos no sucesso que representa para a criança/família.

Investigações efectuadas sobre o desenvolvimento da criança têm vindo a confirmar a importância dos primeiros anos de vida na estruturação da personalidade. As interacções activas e quotidianas que se desenvolvem entre a criança e os seus pais programam e enriquecem o laço que os unirá.

Um dos desafios que se coloca aos profissionais da Intervenção Precoce é a valorização da família no processo de intervenção. Este desafio decorre da influência de uma variedade de factores. Por um lado, do ponto de vista científico, a tendência para encarar a realidade organizada em sistemas e par aprofundar os aspectos dinâmicos desses sistemas, entre os quais o sistema familiar que assume um papel preponderante.

Em termos políticos e sociais são sobejamente reconhecidas as ameaças à estabilidade familiar assim como a falta de equidade no tratamento do ser humano. Por último factores de ordem pragmática obrigam a uma tomada de consciência das inúmeras vantagens que resultam de um conhecimento aprofundado das questões com que as famílias se confrontam.

O enquadramento legal para práticas em Intervenção Precoce em Portugal veio afirmar a importância da família durante todo o processo de intervenção.

O interesse neste tema merece a nossa atenção porque nos permite aprofundar os conhecimentos sobre as famílias com as quais trabalhamos, e queremos ser parceiros activos sempre que solicitem a nossa intervenção.

É nosso objectivo investigar o “Papel da família no processo de Intervenção Precoce na perspectiva das famílias”.

O presente trabalho está organizado em três partes. A primeira parte destina-se ao “Enquadramento Teórico”, a qual integra três capítulos que abordam a perspectiva histórica dos programas de Intervenção Precoce a nível internacional e nacional e ainda a evolução das práticas de intervenção inicialmente centradas na criança para as centradas na família.

A segunda parte é o “Enquadramento normativo/legal da Intervenção Precoce”. É constituída por um capítulo que enquadra legalmente este tipo de serviço no âmbito internacional e nacional.

A terceira parte é constituída por três capítulos relacionados com a organização do estudo, com os procedimentos metodológicos e o tratamento e análise dos resultados,

No final do trabalho são tecidas as conclusões do estudo e apresentadas as referências bibliográficas.

PARTE – I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPITULO I

PERSPECTIVA HISTÓRICA DOS PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO PRECOCE NO CONTEXTO INTERNACIONAL

INTRODUÇÃO

Para facilitar a compreensão sobre o aparecimento e evolução dos programas de Intervenção Precoce (IP), consideramos oportuno fazer em primeiro lugar uma breve abordagem sobre a fase da infância. Serão também tratadas as problemáticas relacionadas com, a deficiência na criança e as Necessidades Educativas Especiais (NEE), porque são áreas que se interligam e contribuíram para o despoletar de interesses no desenvolvimento dos programas de IP e ainda sobre a conceptualização da mesma.

1 - A INFÂNCIA: DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM DA CRIANÇA

Desde sempre, o período da infância constituiu uma preocupação no que se refere às suas implicações para o desenvolvimento futuro do indivíduo. Esta preocupação foi sendo atendida mercê da influência que os factores políticos, sociais e científicos exerceram ao longo da história da humanidade.

Os primeiros anos de vida constituem uma etapa fundamental no desenvolvimento físico, psicológico, emocional e social da criança. Este desenvolvimento é um processo dinâmico, fruto da interacção entre factores biológicos, psicológicos e sociais. Uma alteração em qualquer das áreas pode ocasionar um atraso no desenvolvimento global da criança podendo manifestar-se como deficiência ou incapacidade. Algumas destas alterações podem ser compensadas através de uma IP que potencie as capacidades da criança e família assim como do seu meio envolvente.

A criança é um ser activo, o facto de estar em interacção com outras pessoas, desde que nasce até que morre condiciona certamente, a sua personalidade, valores e comportamentos.

È durante os primeiros três anos de vida que o processo da socialização primária se desenvolve constituindo o período mais intenso da aprendizagem cultural. Nesta fase a família é o principal agente de socialização.

A infância é um dado social historicamente construído a partir dos interesses sociais, económicos, culturais, políticos, entre outros, que foram evoluindo de forma diferente nos diversos países.

A construção da infância enquanto categoria social e a criança como sujeito de direitos ocupam uma rede de relações e interesses da sociedade contemporânea. A criança é vista como um elemento activo, detentora de direitos e deveres e capaz de uma intervenção activa no meio envolvente.

Defende-se a "construção de múltiplos olhares" sobre a infância a partir das diversas áreas do conhecimento através das suas informações sobre a criança e com base neste "olhar multidisciplinar" contribuir para o desenvolvimento holístico da criança.

A afirmação de que experiências precoces na vida da criança influenciam o seu comportamento e desenvolvimento posteriores, constitui um ponto importante no campo da IP.

A abordagem da problemática da IP, implica uma questão fundamental, que se relaciona com os pressupostos acerca da natureza do desenvolvimento da criança pelo que há que reflectir sobre a importância quer da interacção indivíduo/ambiente na construção do conhecimento e no desenvolvimento da criança quer na importância das relações primárias, e igualmente as perspectivas ecológicas e sistémica social.

Sucintamente, abordaremos quatro modelos teóricos relativos à perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem da criança subjacentes às várias praticas de IP, que de acordo com Pimentel (1997:146), são:

↳ ***"A perspectiva desenvolvimental que enfatiza os factores de ordem genética, em que os factores ambientais desempenham um papel secundário,***

embora facilitadores na aquisição de competências conseguidas através da exploração e experiências individuais;

↳ **A perspectiva psicodinâmica** que realça o desenvolvimento emocional e social decorrente do progressivo domínio de impulsos inatos, cabendo aos adultos e ambiente envolvente proporcionar as condições necessárias à maturidade da criança;

↳ **A perspectiva behaviorista** considera que todos os comportamentos são aprendidos e que as interações da criança com o ambiente são determinantes para o seu desenvolvimento. Este modelo **interaccionista** parece trazer enormes potencialidades na intervenção de crianças com deficiência, na medida em que os seus pressupostos, metodologia e estratégias permitem a aprendizagem de novas competências e a evolução no contínuo do desenvolvimento;

Alguns trabalhos realizados nos anos 50 e 60 por Hebb (1949) e por Hunt (1961), vieram demonstrar que ambientes pobres em estímulos podem provocar efeitos bastante negativos no desenvolvimento global da criança. No complemento destes, surge o trabalho de Bloom (1964), que conclui que as influências ambientais no comportamento e desenvolvimento da criança são muito mais fortes nos primeiros anos de vida.

↳ **A perspectiva ecológica, com influências do modelo transaccional e da teoria ecológica do desenvolvimento humano, considera as influências mútuas exercidas pelos vários sistemas em que a criança se insere e ainda a influência que esta exerce nos seus parceiros interactivos directos, nomeadamente a família".**

Nesta abordagem, o desenvolvimento é visto como resultante das transacções dinâmicas e contínuas entre a criança e a experiência providenciada pela sua família e restante contexto social. Esta concepção do desenvolvimento que salienta a influência determinante das variáveis ambientais no desenvolvimento da criança irá ser aprofundada no decurso

deste trabalho uma vez que continua a ser defendida como o pilar aceite para intervenção.

Igualmente importantes, para o desenvolvimento dos programas de IP, foram as perspectivas teóricas no âmbito dos modelos de ajuda, as quais atribuem importância à aquisição de competências e capacidades por parte da criança e família.

2 - A DEFICIÊNCIA: UM OLHAR AO LONGO DA HISTÓRIA

A qualidade de vida e as oportunidades das pessoas designadas por pessoas com deficiência reflectem não só as condições gerais de vida e as políticas sócio económicas que têm caracterizado as diferentes épocas ao longo da história, como também as representações e construções sociais que existem acerca da deficiência.

Em termos culturais, sociológicos e políticos, o problema da deficiência não diverge muito dos problemas que se têm colocado em relação ao género, à cor da pele ou à discriminação de certas minorias.

A sociedade aos longo dos tempos desenvolveu formas para impossibilitar a integração das pessoas com deficiência. Temos alguns exemplos de atitudes face às pessoas com deficiência, como o abandono destas nas florestas, em Atenas, o aniquilamento nos desfiladeiros em Esparta.

O isolamento destas pessoas, em grandes asilos e atitudes dispersas de rejeição, vergonha e medo eram observados em alguns países.

Depois da 2ª Guerra Mundial, com a valorização dos direitos humanos, surgem conceitos como **igualdade, direito à diferença, justiça social e solidariedade**. Organizações como a Organização das Nações Unidas (ONU), Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura (UNESCO), a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), etc., conseguiram que os deficientes tivessem os mesmos direitos e deveres de todos os outros cidadãos e entre eles o direito à participação na vida social e a sua consequente integração escolar e profissional. Teoricamente esta temática despoletou interesses mas, a prática dos mesmos tem caminhado muito lentamente e muitas vezes de forma ineficaz pelo que o desafio consiste em garantir que esse direito seja reconhecido e aplicado.

Nos EUA, a evolução dos conceitos e dos recursos para crianças deficientes teve início no final da **década de 60**, a preocupação com estas

crianças fez-se sentir pelo que surge a Lei Pública 90-538 que "*prevê a criação do "Handicaped Children's Early Education Program" cujos objectivos visavam o estabelecimento de uma rede de programas de Intervenção Precoce para crianças com deficiência (...) "* (Veiga, 1995: 26).

Ao longo da história, as Nações Unidas abordaram o tema da deficiência por várias ocasiões e elaboraram alguns instrumentos que contribuíram para a compreensão dos aspectos relativos às pessoas com deficiência contidos nas convenções gerais em matéria de Direitos Humanos. Na **década de 70**, a nível internacional, surgem duas declarações, a **Declaração sobre os Direitos das Pessoas Deficientes Mentais (1971)** e a **Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes**, que constituíram os primeiros instrumentos em que se reconhecem os Direitos Humanos das Pessoas com Deficiência, apesar de se basearem no modelo médico e assistencial do indivíduo com deficiência (Comissão das Comunidades Europeias, 2003: 2).

Nesta mesma década, mais precisamente em 1975, nos EUA, surge a PL 94-142 propondo o ensino das crianças deficientes juntas das crianças ditas "normais" e de uma forma gratuita e no Reino Unido, o Warnock Report em 1978 que em conjunto com a lei atrás mencionada, constituem marcos decisivos na integração das crianças deficientes a nível internacional porque esta legislação serviu de inspiração a muitos países da Europa.

A década de oitenta pode assinalar-se como sendo a mais significativa na génese das orientações internacionais aplicáveis aos cidadãos com deficiências ou incapacidade. Especial relevo deve ser dado ao papel das Nações Unidas no reconhecimento dos direitos das pessoas com deficiências ou incapacidade.

Ao longo do processo desenvolvido, visando a garantia dos direitos da criança e, especificamente dos direitos da criança com deficiência, a transformação relativamente à escola e sistemas educativos com o objectivo de salvaguardar a igualdade de oportunidades para todos, muito contribuíram alguns documentos chave de alcance mundial, que constituem presentemente

importantes referências na área da deficiência na criança. Sucintamente, daremos ênfase aos aspectos mais significativos desses documentos.

O Ano de 1981 foi proclamado pelas Nações Unidas como o “**Ano Internacional das Pessoas com Deficiência**” e no final da década surgem dois instrumentos sendo um deles, os **Princípios para a Protecção das Pessoas com Doenças Mentais e a Melhoria dos Cuidados de Saúde Mental** e o outro as **Regras Gerais Sobre a Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiência** que abordaram a temática da deficiência sob a perspectiva da igualdade de oportunidades.

A década de 1983 -1992 foi considerada como “ **A Década das Pessoas com Deficiência**” durante a qual se verificou uma preocupação relacionada com os conceitos e práticas relativas à população deficiente.

À medida que as políticas face à população portadora de deficiência se desenvolvem, o conceito de “deficiência” altera-se também por forma reflectir a mudança de atitudes que a sociedade tem face à deficiência. As nova políticas estão cada vez mais direccionadas para as capacidades da pessoa do que para as deficiências.

De acordo com o “modelo médico”, a deficiência é vista como uma característica individual, como uma “consequência da doença” e que requer uma intervenção do campo médico, seja ao nível da prevenção seja ao nível do tratamento e da reabilitação médica. Este modelo está na base de uma construção social de uma imagem que tende a desvalorizar a pessoa com deficiência. No entanto este modelo foi substituído por um “modelo social” em que a deficiência é um atributo resultante da interacção do indivíduo e o ambiente físico e social. A abordagem médica situa-a o “problema” da deficiência na própria pessoa enquanto que a abordagem social situa o dito “problema” no ambiente que não se adapta às pessoas com alguns tipos de diferenças. O problema não reside, portanto na deficiência em si mesma, mas sim nas estruturas, práticas e atitudes que impedem as pessoas de exercer as suas capacidades.

O reconhecimento de que a incapacidade não é inerente à pessoa, considerando-a como um conjunto complexo de condições, muitas das quais criadas pelo ambiente social, muda o enfoque da anomalia ou deficiência para a diferença. Nesta perspectiva, está bem patente a valorização da responsabilidade colectiva no respeito pelos direitos humanos, na construção de uma "sociedade para todos" e no questionamento de modelos estigmatizantes ou pouco promotores da inclusão social.

Segundo a OMS, **deficiência** é *"toda a perda ou anomalia de uma estrutura ou de uma função psicológica, fisiológica ou anatómica"* e **incapacidade** é *"toda a restrição ou ausência (devido a uma deficiência) para realizar uma actividade dentro dos parâmetros considerados normais para um ser humano"*.

Esta reorientação da perspectiva é fundamental e tem implicações importantes na forma como as políticas e a legislação nesta área são desenvolvidas.

Esta nova abordagem impulsionada por muitos governos e também por organizações não governamentais veio por em prática diversos tipos de acções com o objectivo de envolver a população visada e dinamizar os profissionais envolvidos.

Costa (2003: 8), na sua comunicação no Encontro intitulado "**Crianças e Jovens na Sociedade Portuguesa: do Ordenamento Jurídico à Prática Institucional**", referiu que "se pode considerar a década de 80 como *"a que afirmou princípios de normalização e de participação das crianças, jovens e a adultos com deficiência nas diferentes estruturas em que a sua vida se desenvolve, família, comunidade, escola, mundo laboral, actividades de lazer (...)"*.

A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Crianças, datada de 1989, e assinada por Portugal em 1990, estipula no Artigo 2º, que *"todos os direitos devem ser aplicados a todas as crianças sem discriminação"* e no seu Artigo 23º que *"uma criança com deficiência mental ou física deverá*

usufruir de uma vida plena e estimulante em condições que lhe assegurem a dignidade, promova a sua autoconfiança e facilite a sua participação activa na sociedade".

Na **década de 90**, a **Conferencia Mundial sobre a Educação para Todos**, serviu para estabelecer metas, a atingir em 2000, relacionadas com a educação em geral. De uma forma específica, foi estipulado que *"devem ser tomadas medidas de modo a garantir igualdade de acesso à educação de todas as categorias de pessoas com deficiência como parte integrante do processo educativo"*.

Como resultado dos vários debates, ao longo da **Década das Pessoas com Deficiência**, desencadeados por organizações ligadas a esta temática, as **Nações Unidas** elaboraram um documento intitulado **"Normas sobre a Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiência"**. Este documento é constituído por 23 Normas as quais abordam as necessidades relacionadas com a educação, acessibilidades, emprego, vida familiar, segurança social, recursos financeiros e participação na vida cultural, recreativa desportiva e religiosa (Costa, 2003: 7)

No ano 1994, a **Declaração de Salamanca** vem contribuir para a definição de princípios, políticas e práticas na área das NEE. Este documento foi de uma importância extrema na área da educação inclusiva o que se vai reflectir nas práticas de IP.

Em 1995 realizou-se uma **Cimeira Mundial sobre o Desenvolvimento Social** que visava erradicar a pobreza, o desemprego e a marginalização.

No ano 2000 realizou-se em Dakar um **Fórum Mundial de Educação** com o objectivo de analisar as melhorias conseguidas assim como delinear novas propostas a executar até ao ano 2015.

Em 2003 assinala-se o "**Ano Europeu das Pessoas com Deficiência**" com o objectivo de sensibilizar a opinião pública sobre os direitos destes cidadãos dar a oportunidade à pessoa deficiente para expor os seus problemas e ainda contribuir para estabelecer prioridades estratégicas concretas (Comissão Europeia, 2004: 1)

O Conselho Europeu aprovou grandes resoluções durante o ano de 2003: "**e-Accessibility - melhorar o acesso das pessoas com deficiência à Sociedade do Conhecimento**"; "**Igualdade de oportunidades para estudantes com deficiência na educação e formação**"; "**Acessibilidade às infra-estruturas e actividades culturais para pessoas com deficiência**"; "**Promoção do emprego e integração social das pessoas com deficiência**".

Os cidadãos com deficiência representam na União Europeia (dos quinze) "*el 10% de la población, ello significa que hay 37 millones de personas discapacitadas, cifra que ascenderá a unos 50 millones tras la adhesión de los países de Leste*" (Diario Oficial de las Comunidades Europeas 2002: 1).

As pessoas com incapacidade constituem um grupo grande e heterogéneo, observando-se as incapacidades motoras, mentais/cognitivas, auditivas, visuais e da fala. Constatam-se que, independentemente da região do mundo onde as pessoas vivem, as suas vidas estão frequentemente limitadas por barreiras físicas técnicas ou sociais e sua situação é ainda agravada pela pobreza, falta de recursos sociais e educativos.

Os resultados de um inquérito, realizado em 1999 pelo Fórum Europeu das Pessoas com Deficiência, sobre a "violência e discriminação contra as pessoas com deficiência", baseado em vários estudos, revelam que estas pessoas são vítimas de muitos incidentes e alvo de violência e discriminação (Comissão das Comunidades Europeias, 2003.6).

De acordo com os resultados dos inquéritos realizados em 2001, 14,5% da população dos quinze (à excepção da Suécia) em idade activa referia algum

tipo de deficiência. Para os dez novos países membros esta percentagem eleva-se para os 25%. Estes resultados demonstram também a existência de uma relação entre o envelhecimento e a deficiência. Devido ao envelhecimento da população e à melhoria dos cuidados de saúde, o número de pessoas com deficiência na União Europeia está a aumentar e a tendência é continuar a aumentar.

Observa-se igualmente que apenas 42% da população com deficiência está empregada, enquanto que a percentagem da população sem deficiência empregada é de 65% (Plano de Acção Europeu: Igualdade de Oportunidades para as pessoas com deficiência 2003: 2).

A estatística nesta área relativamente à população infanto-juvenil é ainda pouco conhecida mas pelos factos registados relativamente à população adulta as expectativas futuras não irão diferir muito do panorama descrito.

Apesar de todos os acontecimentos e documentos desenvolvidos na área da deficiência constatamos, que estas pessoas se deparam com sérios obstáculos no exercício dos seus Direitos dificultando a sua participação na sociedade. Todavia faltará muito tempo para que a sociedade assuma a diversidade, para que possa proporcionar a todos, de forma natural, a intervenção necessária para o seu adequado desenvolvimento pessoal e social.

De acordo com os resultados do relatório "Transforming Disability into Ability: Policies to Promote Work and income security for disabled people" (2003), o qual analisou as políticas relacionadas com a incapacidade implementadas em 20 países da OCDE, conclui-se que nenhum dos países em estudo tem uma política particularmente de sucesso quanto às pessoas portadoras de deficiência e dá ênfase ao facto de que uma política prometedora nesta área deve centrar-se na criação de uma cultura de mútuas obrigações.

3 - DA EDUCAÇÃO ESPECIAL AO CONCEITO DE NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS

O movimento da Educação Especial teve influência determinante nos modelos e práticas da IP razão pela qual será feita uma breve abordagem sobre esta temática.

A forma como a sociedade, ao longo da história, tratou as pessoas diferentes e com deficiência está intimamente ligada a factores de ordem política, económica, social, cultural, judicial, científica e humanitária.

Segundo Kauffman (1981), os modelos de Educação Especial "*surgem no mundo ocidental, devido à incapacidade da escola regular em transmitir de forma adequada as aprendizagens necessárias a determinadas crianças, numa dada sociedade (...)*" (Mota, 2000: 21).

Baptista (1993) referencia três períodos na história da educação especial (Bairrão, 1998: 15):

1. O período em que as pessoas eram isoladas em grandes asilos, como foi o caso de Inglaterra, e que consistia em retirar do âmbito público as pessoas com incapacidade para evitar situações indesejáveis para a sua família.

2. O segundo período de cariz assistencial, aliado a algumas preocupações educativas mas valorizando os ambiente segregados para as práticas educativas

Estas atitudes, prevaleceram nos anos cinquenta e sessenta, em que as crianças com incapacidade eram avaliadas, etiquetadas e posteriormente segregadas mas com o objectivo de proteger estas crianças que, segundo a ideia da altura, não podiam funcionar autonomamente (Artiga & Seguí, 2005).

A educação especial era vista como um sistema paralelo à educação em geral. Alguns alunos foram retirados das classes regulares para usufruírem de

um programa especializado, de um ensino ministrado por professores com formação especial por tipos de deficiência e ainda da frequência de classes com menos alunos. Este sistema de educação especial contribuía para a identificação e classificação das crianças em categorias de deficiência.

De acordo com Brantlingers & Guskin (1987), foi-se constando, progressivamente, que as classes especiais eram nomeadamente frequentadas por crianças oriundas de estratos sociais desfavorecidos, de minorias étnicas ou de outros grupos desfavorecidos. Estas crianças não reagiram de forma positiva a este tipo de ensino pelo que foram rotuladas, pelo próprio sistema instituído, de “deficientes mentais educáveis”. A nível do EUA e Reino Unido este acontecimento adquiriu grandes proporções o que levou à rotura do sistema paralelo da educação especial (Felgueiras, 1994: 24).

A segregação das crianças era evidente e só viria a ceder nos finais dos anos sessenta com o contributo dos fortes movimentos, sociais, políticos, educacionais e legislativos os quais puseram em causa o sistema de educação especial. Foi contributo ainda os avanços científicos e técnicos resultantes de varias pesquisas na área das classes especiais. Não foram identificadas vantagens das classes especiais relativamente às classes regulares, foi pois evidenciado os efeitos estigmatizantes nas crianças que frequentavam essa escola.

3. O terceiro período apresenta uma nova abordagem do conceito e da prática da educação especial no qual se defende a integração dos deficientes.

Os fortes movimentos de pressão que se geraram, particularmente nos EUA e no Reino Unido, assim como os efeitos produzidos pelo sistema paralelo de educação especial originaram mudanças nas práticas tradicionais, nas próprias disposições legais e ainda na forma de conceptualização da educação especial nomeadamente ao longo dos anos setenta, altura em que surge legislação para o efeito (Felgueiras, 1994: 24).

Em 1975, nos EUA surge a Lei Pública 94-142 e em 1978, no Reino Unido o Warnock Report, os quais foram marcos decisivos na integração da Educação Especial no sistema geral de ensino.

Segundo Wedell (1983), conceito de NEE começou a ser utilizado em 1978 com o Warnock Report, no entanto não veio excluir o conceito de deficiência até porque no referido relatório, num dos seus apêndices consta um quadro que tem como objectivo a recolha de dados sobre o número de crianças portadoras de algumas categorias de deficiência. A deficiência deve ser entendida como "um «contínuo» de necessidades especiais de educação abolindo as características diagnosticas do modelo médico. O termo NEE "refere-se ao desfasamento entre o nível de comportamento ou de realização da criança e o que dela se espera em função da sua idade cronológica. O uso deste termo pressupõe uma mudança no enfoque na análise da problemática da criança passando a privilegiar a vertente educacional (Bairrão, 1998: 22;23).

De forma sucinta, a evolução das estruturas organizacionais (para os deficientes) na maioria dos países do mundo ocidental passou de uma perspectiva assistencial à perspectiva de protecção à educação, da iniciativa privada à pública e ainda da segregação à integração. O "time" em que o processo evoluiu não foi igual em todos os países, por exemplo a intervenção pública em Portugal surge mais tarde (finais do séc. XX), mais lentamente e com poucos recursos (Bairrão, 1998: 17).

O movimento da integração surge, nos anos 60, nos países nórdicos, Noruega, Suécia e Dinamarca. Em alguns países do centro da Europa, como a Holanda e Alemanha, a integração só se faz nas décadas 70 e 80, mantendo algumas estruturas segregadas.

A Lei americana 94-142 de 1975, que vincula direitos iguais para todos os cidadãos em matéria de educação, teve repercussões a nível do mundo inteiro.

Esta viragem no paradigma da educação vincula direitos a todos os cidadãos, inclusive os deficientes, pelo que, estes deverão frequentar o ensino universal e gratuito adaptado às suas necessidades.



✍

É então defendido o princípio de que todas as crianças deficientes devem receber uma educação no “ *meio o menos restrito possível* “ a fim de lhe proporcionar o máximo de normalização. Após a saída desta legislação, retirar uma criança da classe regular passa a ser previsto apenas para um número reduzido de crianças e com justificações apresentadas e que não sejam de modo algum discriminatórias.

Relativamente a conceptualização da educação especial é revista, sendo substituída pelo conceito descontínuo de necessidades educativas. Este conceito pressupõe que seja feito para cada criança a identificação e avaliação das suas necessidades educativas a fim de se organizar e aplicar o programa de educação especial que melhor se adapta à sua situação (Felgueiras, 1994: 25).

De acordo com a Declaração de Salamanca (1994), a expressão NEE engloba todas “*as crianças e jovens cujas necessidades se relacionam com deficiências ou dificuldades escolares e, conseqüentemente, têm NEE, em algum momento da sua vida escolar*”.

4 – INTERVENÇÃO PRECOCE: ANTECEDENTES E ÂMBITOS QUE CONTRIBUÍRAM PARA O SEU DESENVOLVIMENTO

A IP (Intervenção Precoce) surge na sequência de factores sociais, económicos, políticos e de ordem científica. As raízes filosóficas e práticas da IP emergem por volta dos anos 60. O contexto em que surgiu e se desenvolveu determinou a filosofia e prática da mesma.

O desenvolvimento da IP teve como impulsionadores diversos campos do saber que, ao evoluírem na sua área permitiram que esta evoluísse também. De acordo com Artiga e Segui (2005: 21), refere o desenvolvimento de quatro campos distintos: a educação pré-escolar, os serviços Materno-Infantil, a educação especial e a investigação sobre o desenvolvimento da criança. Por sua vez estas quatro áreas foram-se desenvolvendo através da interacção entre as práticas e as investigações no contexto inicialmente referido.

A infância foi reconhecida como um período muito significativo no desenvolvimento global da criança.

A elevada taxa de mortalidade infantil originou uma maior preocupação com a saúde da criança. Pediatras referem a necessidade do desenvolvimento de campanhas educativas com o objectivo de prevenir doenças nas crianças até aos cinco anos de idade.

A educação especial contribuiu para a detecção das necessidades especiais das crianças nos primeiros anos de vida. O objectivo primordial visava diminuir as consequências da incapacidade e intervir na família da criança, criando condições de oportunidade, para que a criança aproveite ao máximo o seu potencial.

Relativamente à investigação realizada no âmbito da psicologia do desenvolvimento defende a ideia de que experiências precoces influenciam o futuro desenvolvimento da criança, e que os efeitos das experiências precoces são modificáveis. O facto de se poder intervir no desenvolvimento da criança

permite proporcionar experiências otimizadoras através da intervenção a qual terá lugar o mais precocemente possível.

4.1 - EVOLUÇÃO CONCEPTUAL

O investimento desenvolvido, a longo das últimas décadas do séc. XX, na área da saúde materna e infantil, da educação pré-escolar, da educação especial, da investigação sobre o desenvolvimento da criança, das interações entre a investigação e a prática, das circunstâncias sócio-políticas contribuiu para a construção deste tipo de atendimento à criança e sua família que denominamos como IP.

A IP é uma área relativamente recente, e o termo estimulação precoce não era utilizado como conceito específico deste campo de intervenção.

Ao longo dos anos o processo de desenvolvimento da criança, foi estudado primeiro de uma forma linear, mais tarde é tido em conta a sua família e todos os demais factores que influenciam o referido processo. Podemos então dizer que a IP evoluiu de acordo com as concepções vigentes acerca do próprio desenvolvimento da criança.

O conceito de IP tem em conta dois aspectos intimamente ligados, a idade da criança e a própria intervenção.

O conceito de IP, de acordo com a UNICEF (1982), "*englobe toutes les activités qui favorisent le bon développement physique et psychologique d'enfant et ce, en temps opportun*". Neste conceito está patente a convicção de que os primeiros anos de vida da criança são determinantes para o seu desenvolvimento, mas apresenta-se de uma forma muito redutível porque o desenvolvimento físico e psíquico representa muito pouco para o que pretendemos para a criança e família.

A IP resulta de uma variedade de acções deliberadas e dirigidas a grupos específicos da população, identificados pelas suas condições de risco,

visando prevenir um problema específico, tratar para evitar um potencial problema ou reabilitar o indivíduo afectado. Esta forma de pensar e agir foi mudando pouco a pouco, o desenvolvimento da criança passou a ser compreendido como o resultado de um processo complexo de interacção entre o organismo e o meio. Por sua vez as investigações no campo da IP vieram alertar para a importância da intervenção direccionada para a família, o apoio social à família, os padrões de interacção, o ambiente físico da habitação, os aspectos relacionados com a saúde da criança (...), (Artiga e Seguí, 2005:23).

Autores como Dunst e Trivette (1990), são mais abrangentes quando consideram que *"a IP deverá prestar um suporte às famílias de crianças com NEE, nos primeiros anos de vida, por membros de redes de suporte informais e formais que têm efeitos directos ou indirectos no funcionamento dos pais, da família e da criança"* (Bairrão, 1994: 38). Significa que os programas de IP devem ter mais em conta a família da criança, esta deve ser ajudada proporcionando-lhe o apoio necessário para educar o seu filho.

Num plano metodológico dá-se uma mudança significativa na ênfase da intervenção, já não se trata de «estimulação precoce», como um tratamento dirigido somente à criança mas sim um conjunto de acções dirigidas à criança, família e comunidade.

Segundo Bailey e Wolery (1992), o termo IP tem sido utilizado para descrever uma variedade de serviços para crianças com Necessidades Educativas Especiais (NEE) e suas famílias (Bairrão, 1994: 38).

O grupo de trabalho, Eurlayid, do qual fazem parte representantes de alguns países da Europa, desde 1988 tem-se reunido com alguma regularidade, no sentido de estabelecer alguns pressupostos teóricos e práticos relativamente à problemática da IP. Neste âmbito, realizaram um Manifesto datado de 1991 e publicado no Relatório de Actividades em 1992, no qual procuram delinear uma linguagem comum, relativamente a conceitos e práticas subjacentes aos programas de IP. Nesse sentido definem a IP como *" todos os tipos de actividades de estimulação dirigidas à criança e de orientações*

dirigidas aos pais que são implementadas como consequência directa e imediata da identificação de um problema de desenvolvimento. A IP diz respeito à criança assim como aos pais, à família e ao seu meio ambiente mais alargado" (Moor, 1994:11).

A população alva é constituída pelas "*crianças com idade inferior à idade da escolaridade obrigatória que tenha deficiência ou em risco de perturbações do desenvolvimento*". A IP constitui um processo que inclui várias fases que na prática não estão compartimentadas. Assim temos as fases da Identificação, da Detecção, do Diagnóstico, da Intervenção e Apoio.

Este mesmo documento apresenta outros conceitos como o de desenvolvimento, risco de desenvolvimento e disfunção do desenvolvimento que passamos a apresentar:

- Desenvolvimento: "*(...) processo dinâmico no qual a criança e o seu ambiente participam e no qual ambos seleccionam as influencias do outro e evoluem numa direcção particular*".

- Risco de desenvolvimento: "*(...) há evidência de um aumento de probabilidade de uma disfunção ocorrer*".

Existem três tipos de factores de risco que não se excluem mutuamente.

a) o risco estabelecido (por critérios médicos);

b) o risco ambiental (privação ambiental);

c) o risco biológico (baseado em factores pré, peri e neo-natais).

- Disfunção do desenvolvimento: "*(...) desvio significativo do padrão do desenvolvimento normalmente esperado que é considerado alarmante pelo próprio ou pelo meio ambiente*".

O referido manifesto, segundo os autores, enquadra-se na Convenção dos Direitos da Criança e teve influência da legislação americana, justificam a necessidade de IP com argumentos que dizem respeito à criança, aos pais, à família e família alargada e sociedade.

Tendo por base a informação disponível no Relatório sobre NEE na Europa, os estudos nesta área referem "*a importância da definição de objectivos claros*

tendo em conta a finalidade da IP: a detecção das deficiências, a prevenção das dificuldades futuras e a estimulação da criança e/ou do seu ambiente. Identificam três questões-chave, a IP diz respeito à 1ª infância que pressupõe uma abordagem multidisciplinar e também uma abordagem ecológica (Agência Europeia, 2003).

De acordo com o Relatório sobre a Análise da IP na Europa realizado pela European Agency for Development in Special Needs Education, o grupo de especialistas sugeriu a seguinte definição operacional:

- "IP é um conjunto de serviços/recursos para crianças em idades precoces e suas famílias, que são disponibilizados quando solicitados pela família, num certo período da vida da criança, incluindo qualquer acção realizada quando a criança necessita de apoio especializado para:

- assegurar e incrementar o seu desenvolvimento pessoal,*
- fortalecer as auto-competências da família, e*
- promover a sua inclusão social" (Soriano,2005:4).*

Este conceito é na realidade abrangente, visa construir uma sociedade inclusiva e coesa que esteja atenta aos direitos das crianças e de suas famílias.

5 - PRIMÓRDIOS E EVOLUÇÃO DA INTERVENÇÃO PRECOCE

A área da IP teve o seu início nos Estados Unidos, apresentando modelos teóricos e organizacionais que servem de inspiração ao desenvolvimento dos programas a nível de Portugal.

Para compreendermos o conceito actual de IP consideramos oportuno referir as suas origens e abordar sinteticamente a evolução histórica da mesma ao longo das últimas décadas do século XX, quer a nível legislativo e nível de conceitos e práticas, sem esquecermos aspectos mais específicos como a importância do envolvimento familiar na intervenção e ainda a relação entre o técnico e a família.

Os EUA, além de serem pioneiros de programas e serviços de IP, possuem também um longo percurso em termos de experiências neste domínio.

Faremos uma breve referência ao contexto que se vivia nas últimas quatro décadas do século XX, assim como a evolução dos programas de IP no mesmo período.

No contexto Europeu, faremos referência sobre os modelos conceptuais e formas de organização dos serviços em alguns países Europeus.

5.1 – Caracterização do contexto político e sócio-económico

Fazendo um pouco história e para enquadrar a temática é importante referir que o contexto sócio-económico e político, contribuiu muito para desenvolvimento dos programas de IP a nível internacional.

Na segunda metade do século 19, a nível da Europa e depois nos EUA, verificou-se o aparecimento de estruturas educativas para as crianças com menos de 6 anos de forma a responder às necessidades de uma população activa, causada pela industrialização e urbanização. Inicialmente o objectivo

destas estruturas educativas visava responder sobretudo às necessidades sociais, devido ao número crescente de mães trabalhadoras, e ainda proporcionar alternativas na educação nas crianças socialmente carenciadas.

É neste contexto de industrialização e urbanização (segunda metade do séc.19), que se regista um aumento crescente do emprego feminino e posteriormente no contexto sócio-político caracterizado pelo período pós-guerra (primeira metade do séc. 20), que as necessidades das famílias proliferam daí o interesse e preocupação pelas crianças relativamente ao seu bem-estar e educação. Constatamos assim, que os programas de IP nos seus primórdios, surgem ligados ao sistema educativo.

A análise sociológica da altura baseava-se na ideia de que os ambientes empobrecidos nos quais as crianças cresceram contribuíram para o desinvestimento nas tarefas escolares. Assim as crianças que não obtinham sucesso na escola começaram a constituir uma preocupação crescente o que contribuiu para um enriquecimento dos currículos pré-escolares.

Segundo Bairrão (1981), as crianças de meios sócio económicos desfavorecidos não tinham acesso ao mesmo tipo de experiências que as crianças de meios sócio económicos mais elevados, pelo que era necessário compensá-las desses défices (Veiga, 1995: 25). Estava presente a preocupação com o ambiente onde a criança se desenvolvia.

A saúde materno infantil, a investigação sobre o desenvolvimento da criança, a educação pré-escolar e a educação especial aliadas às circunstâncias sociais e políticas foram áreas de preocupação política que estiveram na base da IP e que continuam interligadas.

Ao longo dos anos, a sociedade tornou-se mais sensível às necessidades das crianças e famílias. Os técnicos estão mais aptos para responder á solicitude da comunidade, através do avanço no conhecimento sobre esta etapa da vida do ser humano.

Princípios como a responsabilização da sociedade no cuidado e protecção às crianças contribuíram para a emergência das bases filosóficas e pragmáticas da IP.

5.2 – Evolução dos programas de Intervenção Precoce

O desenvolvimento dos programas de IP nos diferentes países seguiu uma evolução assimétrica.

A década de sessenta marca o início da era moderna em IP. Nos Estados Unidos surge um forte apoio público para investir em serviços sociais e utilizam recursos para promover metas muito ambiciosas. Nesta década estabelece-se a guerra contra a pobreza (The war on poverty), através de fundos e recursos para compensar as desigualdades sociais a que estão submetidas as crianças que crescem em ambientes pobres e desfavorecidos.

Os primeiros programas de IP surgem nos EUA no início da **década de 60**, numa perspectiva de “educação compensatória”, e que era desenvolvida nas pessoas com handicaps sócio-económico o que representava predisposição para o insucesso escolar e limitadas oportunidades de vida, (Pimentel, 1997: 145;146).

A implementação destes programas tinham como objectivos, apoiar as crianças em risco e amenizar o ciclo de pobreza. Como exemplo, temos em 1965, o programa piloto de Head Start que segundo (Artiga e Seguí, 2005: 25), representou a investigação mais ambiciosa da década. Este apoiava crianças dos 0 aos 5 anos, em cerca de 2500 comunidades e registou em 1967 uma cobertura de 2,5 milhões de crianças, (Veiga, 1995: 56).

Apesar de haver alguma preocupação relativamente às famílias, o programa Head Start estava fundamentalmente centrado na criança e na sua compensação, valorizando os aspectos curriculares e programáticos no aspecto cognitivo. Centrada inicialmente na criança e nos seus défices, estes

programas de IP tinham uma forte componente remediativa do desenvolvimento de capacidades.

Carvalho (2002: 48), refere que este programa considerava que as experiências precoces durante a infância influenciavam o desenvolvimento da criança. Ambientes socio-económico desfavorecidos proporcionavam factores de risco biológico e ambiental o que podiam influenciar negativamente o desenvolvimento durante a infância, pelo que a intervenção no período pré/escolar era uma forma de facilitar o desempenho escolar das crianças desfavorecidas.

O programa Head Start foi considerado um dos *"impulsionadores mais decisivos para a publicação, nos EUA, da Lei 92-424, ficando historicamente ligado à expansão dos Serviços de Educação Pré/Escolar a todas as crianças deficientes"* (Carvalho, 2002: 49).

Os primeiros programas de IP visando as crianças em risco ambiental, desenvolvidos na década de 60, tinham como objectivo prevenir ou reduzir as potenciais alterações do desenvolvimento da criança através da promoção de condições ambientais favoráveis. Motivados fundamentalmente por aspectos de ordem sócio-cultural, estes programas fundamentam-se numa concepção interaccionista do desenvolvimento na medida em que consideram o ambiente um factor que influencia o desenvolvimento da criança.

Segundo Artiga e Seguí (2005: 25), durante o mesmo período, nos centros médicos, começou a emergir uma ideia mais completa sobre a criança assim como sobre o seu desenvolvimento. O recém-nascido é reconhecido como um ser muito complexo influenciado pelo ambiente que não está protegido de acontecimentos externos nem está influenciado exclusivamente por factores genéticos durante o tempo de gestação. Nesta altura começa a ser evidente que as influencias ambientais quer positivas ou negativas, assim como as condutas maternas tais como a ingestão de drogas, os hábitos de alimentação se fazem sentir no desenvolvimento do feto.

Na década de 70 verifica-se um alargamento relativamente ao tipo de crianças elegíveis para os programas de IP, sendo os esforços da intervenção dirigidos a crianças com deficiência, e a preocupação com os direitos começa a ser uma realidade.

Segundo Correia e Serrano (2000:25), nesta década, as iniciativas legislativas do governo federal dos EUA relacionadas com a prestação de serviços à criança com NEE, tinham como objectivos, exigir que os programas Head Start iniciassem o atendimento a crianças com NEE, Lei Pública 90-924 de 1972, prevenir a discriminação baseada numa incapacidade, Lei Pública 93-112 de 1973, e ainda promover e expandir o papel do governo quanto à identificação e prestação de serviços à criança e jovem com NEE, com base na Lei Pública 94-142 de 1975, que foi considerada um marco em termos legislativos.

Esta lei veio reconhecer a importância dos programas de IP e *"propor o seu alargamento às crianças com deficiência ou em risco, a partir dos 5 anos de idade, e respectivas famílias"* (Craveirinha, 2003: 14). Contribuiu para a realização de **Planos Educativos Individuais (PEI)** que previam já o envolvimento dos pais.

Os programas apoiavam crianças em condições de deficiência definida e crianças em risco ambiental, sendo este definido como *"resultante das condições de desenvolvimento proporcionadas por um meio socialmente desfavorecido"* (Veiga, 1995: 26).

O atendimento educativo para crianças deficientes tem-se caracterizado, sobretudo pelo seu início tardio, mais frequente em idade escolar, em centros especializados onde se desenvolvem programas centrados exclusivamente na criança e com objectivos mais de cariz assistencial e menos educativos. O atendimento destas crianças era caracterizado também pela presença de vários técnicos intervindo cada um destes na área de desenvolvimento que teoricamente está relacionada com a sua especialidade.

Os programas de IP dirigidos às crianças com deficiência reconhecem que estas crianças devem ter iguais oportunidades para desenvolver ao máximo o seu potencial, num princípio de equidade que tem vindo a ser implementado na prática profissional. Estes princípios *"têm vindo a ser progressivamente incorporados na legislação de alguns países, nomeadamente nos EUA (Lei Pública 92-142 de 1975 e a Lei Pública 99-457 de 1986), e o Reino Unido (Education Act de 1981, e Education Reform Act de 1988) "*, (Pimentel, 1997: 146).

Em Espanha, a origem da IP dirigida a crianças em risco e com deficiência acontece também nesta década num contexto de grande sensibilidade da sociedade para com as necessidades das crianças com problemas relativamente ao seu desenvolvimento e suas famílias. O avanço no conhecimento, a experiência no campo da psicologia, da medicina e da reabilitação vêm contribuir para o aumento de respostas, por parte dos profissionais, a estas crianças e suas famílias. Com a elaboração e aprovação da Constituição Espanhola de 1978 começou-se a legislar nesta área (Artiga e Seguí 2005: 27).

Nos anos 70 dá-se a tomada de consciência da injustiça relacionada com a discriminação de pessoas com incapacidade e surge então a publicação de legislação de apoio a pessoas com deficiência.

Assistimos ao aumento de programas de IP, a um maior interesse pelos trabalhos de investigação e ainda é reconhecida a importância da interacção entre os pais e a criança.

Na **década de 80**, mais propriamente no ano de 1984 é implementada a Lei Pública 98-199 que tem como objectivo *"apropriar fundos para os Estados prestarem serviços às crianças com idades compreendidas entre os 0 e 5 anos"*, (Correia e Serrano, 2000: 24).

Todos os princípios organizacionais e legislativos referidos nas décadas anteriores estiveram na base da implementação legal dos serviços de IP nos EUA que surge em 1986 com a Lei Pública 99-457, *"The Education for All Handicaped Children's Act Amendments"*. Esta lei, (hoje intitulada The

Individuals With Disabilities Education Act), contém linhas orientadoras para uma prática de IP comum no atendimento de crianças, com NEE ou em risco de desenvolvimento, com idades compreendidas entre os 0 e 5 anos.

Guralnick (1997), refere que a ênfase nas famílias, na coordenação de serviços, suportes da comunidade e na melhoria das parcerias pais/técnicos foram alguns dos conceitos de IP que encontraram expressão nesta legislação.

O enfoque dos esforços da IP altera-se profundamente a partir desta década. Assim, de uma atenção quase exclusiva na criança evolui-se para modelos que consideram o contexto mais alargado de factores que influenciam o desenvolvimento da criança.

A emergência de modelos ecológicos para uma melhor compreensão dos processos de desenvolvimento, e o advento da referida Lei vieram contribuir para a mudança de paradigma que marca a diferença entre as duas gerações de programas de IP. *"A investigação de segunda geração, no campo da IP deverá, adequadamente, reflectir sobre as complexidades e inter-relações que existem entre as características da criança e da família, características dos programas e resultados da IP, bem como procurar identificar questões que contribuam para melhorar as actividades diárias dos profissionais e famílias envolvidas"* (Mota, 2000: 25).

Na década de 90, precisamente em 1990, a Lei Pública 101-476 veio alterar e renomear a Lei Pública 94-142 para "The Individuals With Disabilities Education Act" (Correia e Serrano, 2000: 25).

Os limites entre os âmbitos de bem-estar social, saúde mental e física, e educação são cada vez menos claros. A relação entre as várias disciplinas relacionadas com o desenvolvimento da criança deve ser flexível face às necessidades individuais de cada criança/família. Reconhece-se a necessidade da coordenação entre os vários serviços de, saúde, educação e social para que a intervenção na criança não seja estanque, mas que haja transferência de informação entre eles e que as acções desenvolvidas tenham como objectivo

dar resposta integrada garantindo a saúde, um desenvolvimento intelectual, emocional e social da criança com uma problemática específica.

Segundo Almeida (2000: 6), a investigação realizada na área da IP veio reconhecer que estes programas centrados na criança apresentavam limitações e que os programas centrados na família apresentavam melhores resultados.

Um aspecto de relevo, foi a necessidade de mudança na relação pais/técnicos, os quais através de parcerias passam a relacionar-se ao mesmo nível. Para que os programas sejam individualizados, estes devem basear-se nas necessidades e prioridades identificadas pela família. Pretende-se uma articulação entre os diversos serviços e uma identificação clara dos recursos formais e informais de cada família.

As fronteiras entre as várias disciplinas são repensadas, deixa de fazer sentido separar as necessidades da criança e família por disciplinas. Os modelos de serviços de IP, bem como a sua coordenação são também repensados. Correia e Serrano (2000:28) acrescentam ainda que *"a nível da formação dos recursos humanos, houve também a necessidade de considerar a formação específica dos técnicos no âmbito do trabalho com as famílias (...)"*.

A nível Europeu esta problemática tem sido acompanhada mais lentamente, as experiências, os trabalhos e revistas especificamente dedicados à IP são em pequena quantidade e com uma visão muito direccionada para a organização da instituição que responde aos inquéritos o que não retracts o país em causa.

As duas organizações a nível Europeu, European Agency for Development in Special Needs Education, com sede na Dinamarca e European Working Partner on Early Intervention com sede na Bélgica, ocupam-se das questões relacionadas com a IP e tem contribuído para a divulgação de alguns trabalhos nesta área.

Em 1996 a Eurllyaid elaborou um questionário sobre organização de serviços de IP e que foi respondido por instituições de diversos países como, Alemanha, Áustria, França Espanha Portugal Bélgica Chipre Grécia, Holanda Inglaterra, Irlanda Itália, Luxemburgo. O resultado foi direccionado para a realidade de cada uma das instituições e não retractaram o seu país (Pimentel, 2005: 197).

Neste mesmo ano foi feito um questionário, sobre formação em IP, a 11 países. Apenas a Alemanha, Áustria e Finlândia têm na de formação inicial, formação específica com carácter interdisciplinar. Nos restantes países a formação nesta área é feita por iniciativa dos profissionais em seminários e conferências organizadas por entidades públicas ou privadas, que versam temáticas específicas. Relativamente à formação em serviço ou pós-graduação foi verificada uma diversidade de situações. Perante os resultados deste questionário, a formação dos técnicos passa a ser uma prioridade do grupo de trabalho Eurllyaid (Pimentel, 2005: 197).

O mesmo questionário abordou a questão do trabalho com os pais (formação de pais), o resultado revelou que as iniciativas em que os pais participam são muito diversas nos diferentes países a excepção da Inglaterra e Finlândia que apresentam da forma estruturada a formação de pais.

Nas duas últimas décadas, surgiram, em vários países da Europa, alguns programas de IP e um interesse crescente por parte dos governos em actuar o mais precoce possível, junto da criança com NEE e sua família.

Surgiu assim, em 1989, no âmbito da Europa Comunitária, um grupo de trabalho – **Eurllyaid** - constituído por peritos e representantes de associações de pais provenientes de diversos Estados Membros e envolvidos na IP para crianças deficientes ou com disfunções do desenvolvimento. Este é constituído por peritos e representantes de associações de pais provenientes de diversos Estados Membros e envolvidos na IP para crianças deficientes ou com disfunções do desenvolvimento. Este pretende contribuir para a política e legislação comuns na Comunidade Europeia.

O grupo teve oportunidade de reunir em países como, Bélgica, França, Luxemburgo e Alemanha. Destes encontros surgiu uma necessidade crescente

de elaboração de uma política comum sobre intervenção para bebés em risco ou com perturbações do desenvolvimento.

É então, elaborado um manifesto (1991), que tem como objectivo final contribuir para a elaboração de legislação e linhas orientadoras através de um programa de acção comunitária. Veiga (1995: 69), refere que " (...) *o manifesto publicado, em 1992, no relatório de actividades do referido grupo, procura definir uma linguagem comum, reveladora de uma reflexão partilhada e aceite, relativamente a conceitos e práticas subjacentes aos programas de IP*".

O manifesto foi elaborado com base, nos artigos 23 e 24 da Convenção dos Direitos da Criança, aprovado em Assembleia Geral das Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e dos Direitos dos Pais (artigos 5 e 18). Os princípios constituintes da Lei Pública 99-457 da legislação dos EUA serviram também de inspiração para a elaboração do texto. Um dos princípios garante o direito a uma avaliação e intervenção multidisciplinar nas crianças com problemas de desenvolvimento com idade inferior a 3 anos. Um outro, também de extrema importância, é o que regulamenta o direito dos pais e da família a existência de um **Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF)**.

O manifesto apresenta alguns conceitos chave, define a população alvo e ainda os fundamentos subjacentes à IP.

Bjork-Akesson et al (2000), A publicação deste manifesto contribuiu bastante para (...) *"o investimento na IP na Europa. A divulgação e evolução deste tipo de intervenção foram acompanhadas de diferentes práticas, que variavam consoante a população a que se destinava, currículos utilizados, grau de envolvimento dos pais, tipo de avaliação ou formação dos técnicos"* (Craveirinha, 2003: 16).

Nesta década dá-se ênfase aos direitos da criança com NEE, à importância da família no desenvolvimento da mesma, surge a "**Declaração de Salamanca**", que representa uma mais valia na área das NEE e conseqüentemente na área da IP, comemora-se também o **Ano Internacional da Família** e desenvolvem-se estudos, a nível europeu, sobre a IP.

Em 1994, da "Conferencia Mundial sobre NEE: "Acesso e Qualidade", organizada pelo Governo espanhol em cooperação com a UNESCO e que teve lugar em Salamanca, surge a "Declaração de Salamanca". Este documento, também subscrito por Portugal, foi elaborado tendo por base "o princípio da inclusão" afim de promover a "escola para todos", nomeadamente para os mais vulneráveis e com mais necessidades. No âmbito da IP, refere que " (...) o êxito da escola inclusiva depende muito da identificação precoce, da avaliação e da estimulação das crianças nas primeiras idades"(In Declaração de Salamanca, 1994: 35). Faz alusão ainda à importância dos programas desenvolvidos nestas idades nomeadamente na promoção do desenvolvimento físico, intelectual e social da criança. Estes programas são um investimento na criança, família e sociedade porque impedem o agravamento das condições incapacitantes.

Este mesmo ano, é consagrado pela ONU, o Ano Internacional da Família, sobre o tema "**Família, Capacidades e Responsabilidades num Mundo em transformação**" e declarou o dia 15 de Maio como o seu Dia Internacional, entendendo a família como "**a pequena democracia no coração da sociedade**". Na década de 1990, foram focadas questões relacionadas com a família, agrupadas em cinco grandes temas: direitos humanos, reforço das famílias, situação e necessidades das crianças, promoção das mulheres e erradicação da pobreza.

As famílias sofrem diversas transformações, não existindo por isso, um conceito único de família, nem um consenso universal em torno da sua definição. Independentemente de culturas e de famílias variadas é nela que as pessoas e em especial as crianças recebem o afecto e o apoio físico e financeiro para sobreviverem.

É facilmente reconhecido por todos nós o papel fundamental que a família desempenha na sociedade, a família é a instituição nuclear da sociedade. É na família que valores como a igualdade, a tolerância e a responsabilidade são mais naturalmente adquiridos. É ainda na família que se aprendem os ideais como reciprocidade, cooperação e solidariedade, tão

necessários à formação individual e à coesão social.

A família é um pilar muito importante no desenvolvimento harmonioso da criança. Cabe à família ensinar, transmitir valores, fazer a ponte entre as várias gerações e o Estado e as organizações da sociedade civil devem promover os meios que permitam à família, fazer frente aos problemas da vida quotidiana.

Neto (2004), refere que, durante a década 94/04, se pretendeu valorizar e reforçar a família em todo o mundo. "A mais pequena democracia no coração da sociedade", proclamada em 1994 pela ONU mantém-se como convicção de que a Família é o núcleo mais fundamental da sociedade e só a partir dela e com ela, nos construímos.

O presidente da ONU, defende o desenvolvimento de esforços para que as perspectivas das famílias sejam integradas na legislação de cada país, na formulação de políticas e na elaboração de programas. Acrescenta ainda que a investigação sobre temas relacionados com a família está a enriquecer e influenciar políticas e programas, ao mesmo tempo que a colaboração no seio do sistema das Nações Unidas contribui para a criação de um quadro para a acção mundial (Kofi Annan, 2004).

Relativamente ao campo da investigação em IP, foi desenvolvido entre 1993 e 1996 o Programa Hélios II, Terceiro Programa de Acção Comunitária sobre pessoas com deficiência que preconizava a promoção da igualdade de oportunidades e a integração das pessoas com necessidades específicas (Domingues, 1997:1). Os resultados obtidos deste trabalho foram posteriormente aprofundados através da realização de outro estudo em 1998. Este estudo foi realizado a nível europeu, publicado pela Agência Europeia para o desenvolvimento da Educação Especial e intitulado **“Intervenção Precoce na Europa: Organização dos serviços e do Apoio às crianças e suas famílias”** (1998), conclui que a IP está desenvolvida por toda a Europa (dos quinze), Islândia e Noruega. A filosofia da IP é idêntica nos diferentes

países no entanto existem diferenças a nível da organização composição e financiamento dos serviços.

Para o desenvolvimento deste estudo a Agência Europeia considerou a IP como "*el conjunto de aquellas medidas e intervenciones destinadas al niño y su familia, con el objetivo de satisfacer las necesidades especiales de niños que muestran algún grado de retraso en su desarrollo, o niños que corren el riesgo de llegar a esa situación*" (Soriano, 1998: 10).

Foram ainda considerados objetivos como "*estimular y fomentar el desarrollo senso-motor, emocional, social e intelectual del niño, para que participe activamente en la vida social de la forma más autónoma posible. Esto supone la inclusión de cualquier tipo de intervención necesaria durante los primeros años de vida del niño, relacionada con:*

- *detección de problemas asociados a una discapacidad física o una carencia social, familiar o educativa*
- *prevención de deficiencias o dificultades en el futuro*
- *estimulación del desarrollo*
- *ayuda y asistencia a las familias*", (Soriano, 1998: 10).

Os serviços de IP existentes nos diferentes países da Europa foram implementados tendo por base disposições legais relativas à educação, saúde e serviço social. Estas disposições influenciam a definição de critérios relativos ao funcionamento das instituições, a organização e o papel a desempenhar pelos serviços, assim como os direitos das famílias.

Relativamente à organização dos serviços, nos vários países, deparamo-nos com uma *ampla variedad de serviços* que procuram ser acessíveis, que são normalmente descentralizados, são organizados por entidades diferentes e que requerem uma boa coordenação. A "*coordenação tornou-se uma prática comum em alguns países*", para evitar perdas de tempo e para rentabilizar o apoio a prestar às famílias, (Relatório da Agência Europeia, 1998).

De acordo com a mesma fonte, os serviços mais comuns, responsáveis pela IP são os *organizados pelos responsáveis pela Saúde e pela Segurança*

Social (Quadro N°1), no entanto a *educação está presente dum modo mais activo do que no passado.*

Através do Quadro N°1 podemos analisar nos diferentes países, os serviços e autoridades locais, que legislam e assumem a responsabilidade pelo desenvolvimento dos programas de IP.

Quadro N°1 – Serviços de IP na Europa dos quinze e Islândia e Noruega 1998

Serviço IP Países	Disposições Legais		Estrutura		Responsabilidade		
	Educação	Serv. Social e saúde	Público	Privado	Educação	Serv. Social e saúde	Autoridades Locais
BF							
BNL							
DK							
D							
ELL							
E							
F							
IR							
IS							
I							
LUX							
NL							
N							
A							
P							
FIN							
S							
UK*							

Fonte: Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación Especial (N. B. A ordem dos países segue a sua abreviatura oficial).

Os serviços de IP, em todos os países são prestados e assegurados por serviços públicos ou equiparados, como por exemplo as companhias de seguros.

Nos países escandinavos (Noruega, Suécia, Finlândia e Dinamarca), as entidades locais constituem o principal órgão responsável pela coordenação dos recursos económicos e profissionais necessários à intervenção na criança/família.

Verificou-se uma diversidade dos profissionais envolvidos, diferentes tipos de equipas, alto nível de experiência profissional e também de organização.

Apesar da diversidade de profissionais envolvidos, "estas equipas têm um pequeno núcleo comum que cobre os quatro campos fundamentais da intervenção precoce: médico, psicológico, educacional e social", porém outros profissionais completam estas equipas de acordo com as necessidades da população alvo (Agência Europeia para o Desenvolvimento da Educação Especial, 1998).

Um elemento importante identificado em alguns países tem a ver com o funcionamento interno da equipa. Aqui *é realçada a coordenação* e a divisão de tarefas que é feita sistematicamente o que, entre outras coisas, evita múltiplos contactos com a família. Relativamente ainda à coordenação, apesar de parecer evidente, existem muitas dificuldades práticas associadas à coordenação dos serviços e profissionais que se atenuam graças a esforços individuais.

As equipas de IP, podem ser multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares. Na prática os métodos de trabalho não são aplicados totalmente separados ou seja podem apresentar-se combinados entre si. Por vezes algumas das funções das equipas podem ser desenvolvidas numa forma multidisciplinar enquanto que outras podem adoptar um enfoque interdisciplinar ou transdisciplinar (Soriano, 1999:27).

Relativamente ao trabalho desenvolvido, é defendido, tanto na teoria como na prática, que a estimulação das crianças deve ser desenvolvida o mais cedo possível porque proporciona vantagens no futuro desenvolvimento e integração das mesmas. O apoio prestado à criança, em termos de conteúdos é idêntico, no entanto os *procedimentos para o levar à prática nem sempre são iguais*.

O trabalho desenvolvido com a família é fundamental, engloba aspectos como a informação, a orientação e assistência.

As medidas de apoio diferem de país para país no entanto, todas elas têm em conta não só as necessidades da criança/família como também os recursos locais e nacionais disponíveis.

O contexto de apoio, segundo a filosofia da IP, deverá ser prestado o mais possível no meio ambiente da criança.

Quadro Nº 2 – Tipos de Apoio em Intervenção Precoce

Apoio Países	Domiciliário	Creche e Jardim Infância	Centro de Dia	Unidade de Intervenção Precoce
BF				
DK				
D				
ELL				
E				
F				
IR				
IS				
I				
LUX				
NL				
N				
A				
P				
FIN				
S				
UK*				

Fonte: Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación Especial (adaptado).

O apoio domiciliário é muito referenciado pelos países que fizeram parte do estudo e ocupa a primeira opção.

Nos países escandinavos é comum que a intervenção seja prestada no domicílio. Esta prática tem vindo a ser adoptada no resto da Europa. Existem porém algumas tarefas de apoio em centros de educação infantil as quais são dirigidas não só à criança mas também aos técnicos. Estas verificaram-se nomeadamente na Áustria, Bélgica, Dinamarca, Espanha, Holanda, Noruega, Portugal e Reino Unido.

Neste estudo, os aspectos relacionados com a transição para a escola são muito mais realçados que nos estudos anteriores. Em primeiro lugar, é sublinhada a importância da entrada da criança na escola, porque a criança precisa de ser preparada para esta entrada. O trabalho em intervenção precoce tem isto em linha de conta ao informar e preparar tanto ao pais como a escola que vai receber a criança.

O apoio de crianças com certas incapacidades pode ser desenvolvido em clínicas especializadas, consultas externas dos hospitais ou em serviços de IP.

A legislação sobre a presente temática nos diferentes países foi implementada nomeadamente nas duas últimas décadas do século XX. Países como, Itália, Espanha, Grécia, França, Alemanha e Reino Unido foram dos primeiros a apresentarem legislação que contribuiu para o desenvolvimento deste tipo de programas.

Relativamente ao apoio financeiro às famílias a participação varia consideravelmente em função do rendimento dos pais e, sobretudo, do grau de deficiência e de independência da criança. Nos países nórdicos as participações financeiras suplementares são concedidas a todas as famílias, quaisquer que sejam os seus rendimentos.

De acordo com o relatório da Agência Europeia para o Desenvolvimento em NEE (2003: 95), o apoio financeiro cobre também as *despesas adicionais*, que os pais têm de efectuar para tratar dos filhos. Em alguns países, este tipo

de despesa excepcional é suportada pelos serviços de saúde ou pelas companhias de seguros. Existe também em alguns países, a ajuda financeira para fazer face às várias despesas que resultam das dificuldades da criança como as ajudas técnicas, se usadas para as actividades da vida diária (por exemplo mobilidade, transporte, alojamento) ou para a educação da criança. No Luxemburgo, por exemplo, os pais recebem um subsídio complementar durante toda a vida do filho. *"Na Holanda estes custos suplementares são suportados pelos municípios e as famílias podem também recorrer a um orçamento assistencial "em função do cliente" que permite financiar os cuidados a prestar à criança em casa (por exemplo cuidados de enfermagem) "*.

Na Alemanha e no Luxemburgo um dos pais pode ficar em casa para cuidar do filho durante algum tempo (dois anos no máximo). Esta ajuda é considerada como um salário ou uma compensação salarial dada aos pais que ficam em casa, permitindo-lhes manter os seus direitos sociais (saúde, etc.).

Na República Checa os pais não trabalham ou trabalham a tempo parcial para poderem cuidar do seu filho, podendo receber as compensações até que a criança complete os sete anos.

Na maior parte dos países as famílias beneficiam de *redução nos impostos*. Esta redução tributária é calculada em função da deficiência. Os benefícios são atribuídos aos pais de acordo com as suas condições profissionais ou com as suas condições de vida.

Em todos os países as famílias têm direito a vários tipos de ajudas económicas administradas pelos serviços sociais e de saúde. Geralmente estas ajudas reflectem-se no aumento dos subsídios familiares que a família com filhos tem direito.

Através da Quadro N°3, podemos observar as diferentes medidas de apoio em alguns países da Europa.

Quadro Nº 3 – Ajudas económicas para as famílias

	Subvenções Familiares	Redução fiscal	Gastos adicionais	Condições de vida	Condições de emprego	Outras ajudas	Famílias de apoio (relief families)
B							
DK							
D							
ELL							
E							
F							
IR							
IS							
I							
LUX							
NL							
N							
A							
P							
FIN							
S							
UK*							

Fonte: Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación Especial

A European Agency for Development in Special Needs Education, em 2003/2004 desenvolveu um trabalho com o objectivo de analisar os aspectos chave da IP em países Europeus. Este documento é de um valor extraordinário, contém informação teórica e prática dos melhores especialistas, nesta área, de cada país. Infelizmente o resultado do estudo é muito limitado porque versa apenas as experiências de três países, Alemanha, Suécia e Portugal.

CAPITULO II – INTERVENÇÃO PRECOCE NO CONTEXTO NACIONAL

INTRODUÇÃO

À semelhança dos outros países da Europa, as crianças constituem, sem dúvida, uma preocupação para a sociedade portuguesa. Este fenómeno resulta de uma multiplicidade de factores, entre eles os económicos, políticos, sociais e científicos, e ainda as alterações demográficas, como o crescente envelhecimento populacional e as alterações a nível da estrutura familiar.

A infância é um período específico do desenvolvimento do ser humano e a noção que se tem dele é revelador das diferenças sociais existentes.

Ao longo da história da humanidade, várias foram as noções sobre a infância (visão romântica; crise da infância), actualmente verificamos uma preocupação com os direitos da criança e a sua condição de cidadão sendo esta entendida como um elemento activo da sociedade ou seja esta é capaz de influenciar o seu meio envolvente.

A ênfase atribuída aos direitos da criança foi notória, sobretudo na década de 90, através do documento desenvolvido pelas Nações Unidas e ratificado por Portugal, a **Convenção sobre os Direitos da Criança**.

Apesar dos esforços desenvolvidos, a construção da cidadania infantil apresenta-se como um processo inacabado e pautado de realidades diversas.

De acordo com Pimentel (2005:217), à semelhança do que aconteceu nos outros países, também em Portugal a evolução de modelos e práticas em IP e Educação Infantil Especializada tiveram na base o atendimento de crianças com deficiência de uma forma global. Assim, inicialmente, faremos uma pequena abordagem sobre a população infantil, uma caracterização da população portadora de deficiência seguida do enquadramento histórico/legal das crianças com NEE em Portugal.

Durante a abordagem sobre a evolução da IP serão mencionadas algumas referências importantes que contribuíram para o desenvolvimento dos referidos programas no contexto português.

1 - CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO INFANTIL RESIDENTE EM PORTUGAL

Nesta breve abordagem sobre o perfil sócio-geográfico da população infantil residente em Portugal, farei maior referência à faixa etária dos 0 aos 6 anos e preferencialmente enquadrados na região Alentejo e concelho de Estremoz.

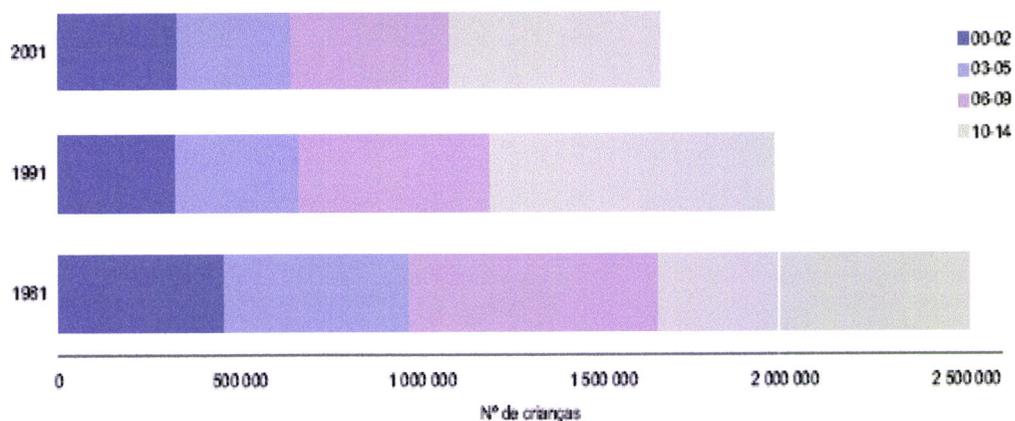
De acordo com os dados estatísticos dos Censos de 2001, residem em Portugal, cerca de 1 milhão e 600 mil crianças, menos 900 mil que em 1981.

A população infantil representa 15,99% da população total portuguesa.

Como se pode observar na Figura 1 a queda de efectivos em todos os grupos etários é maior na década de 80. É de realçar que na década de 90, se verifica uma ligeira variação positiva no grupo etário dos 0 - 2 anos no entanto o grupo dos 3 - 5 apresenta o inverso, uma ligeira variação negativa.

Estes resultados estão relacionados com a dinâmica da fecundidade e o comportamento da população imigrante (Almeida, 2004: 8).

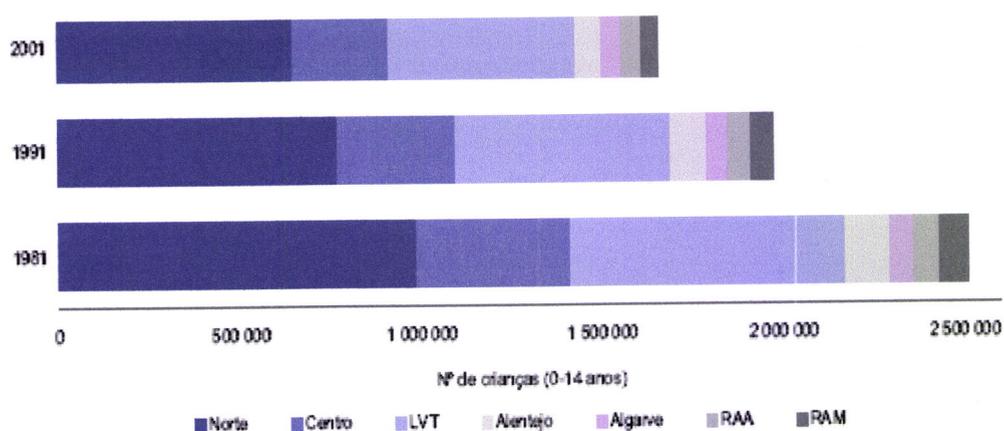
Figura 1 – Evolução do número de crianças por Grupos Etários, Portugal, 1981 – 2001



Fonte: Revista de Estudos Demográficos n.º 35

Analisando o decréscimo verificado nas diferentes regiões constatamos que o decréscimo é mais acentuado na década de 90, nomeadamente no Alentejo e RAM (Região Autónoma da Madeira), (Figura 2).

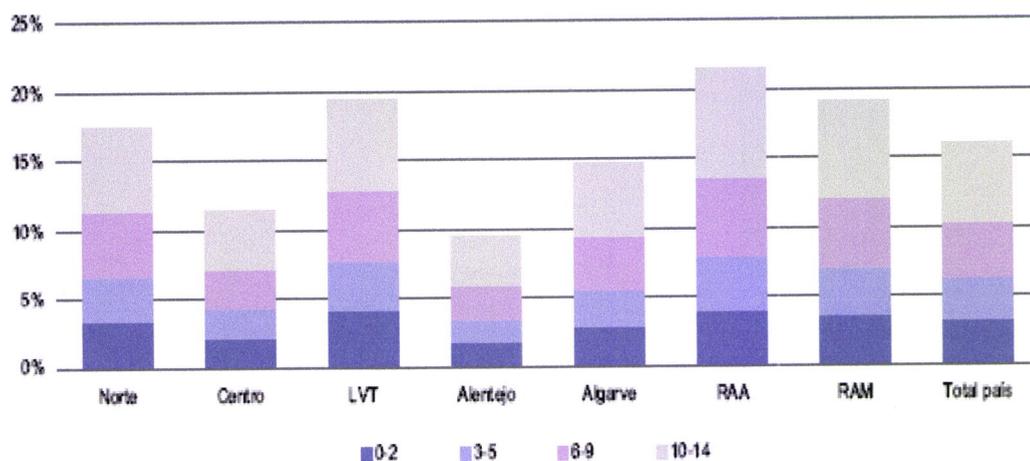
Figura 2 – Evolução do número de crianças por regiões, Nuts II, 1981 - 2001



Fonte: Revista de Estudos Demográficos n.º 35

A Figura 3 retracts claramente as três regiões com maior percentagem de população infantil, a RAA (Região Autónoma dos Açores) que ultrapassa os 20% e RAM e LVT (Lisboa e Vale do Tejo) que atingem 19% e no sentido oposto temos o Alentejo que regista tão-somente 9,4% da população. A nível de todas as regiões, a percentagem de população infantil é mais elevada nos dois últimos grupos etários.

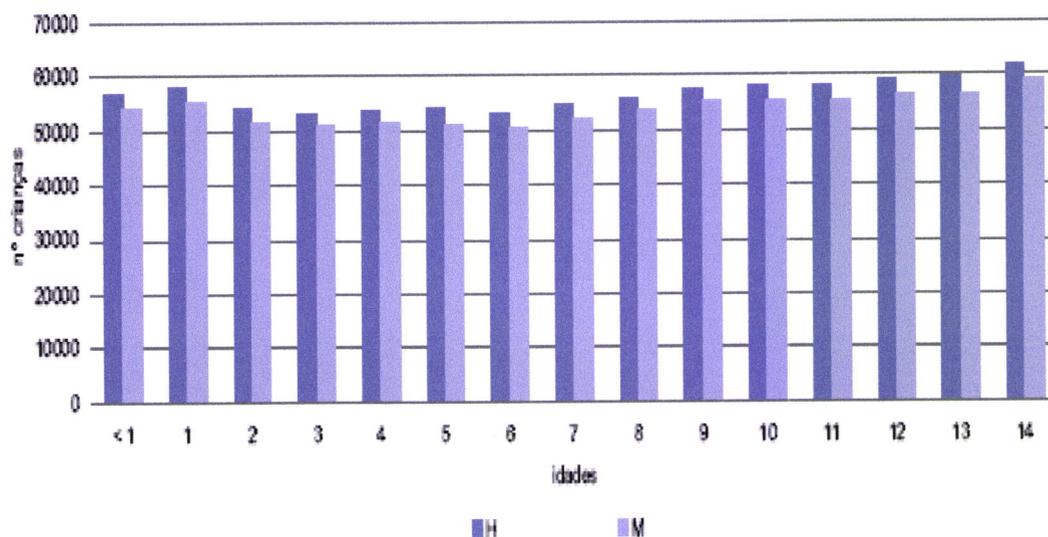
Figura 3 – Crianças na população total por regiões, Portugal, 2001



Fonte: Revista de Estudos Demográficos n.º 35

Da análise desta figura constatamos que o sexo masculino continua a ser mais representativo relativamente ao sexo feminino. Verifica-se ainda uma diminuição da população infantil no grupo etário entre os 0 - 3 anos e depois mantém-se até aos 7 anos, vindo a subir até aos 14 anos de idade .

Figura 4 – Estrutura Etária da População Infantil por sexos, Portugal, 2001

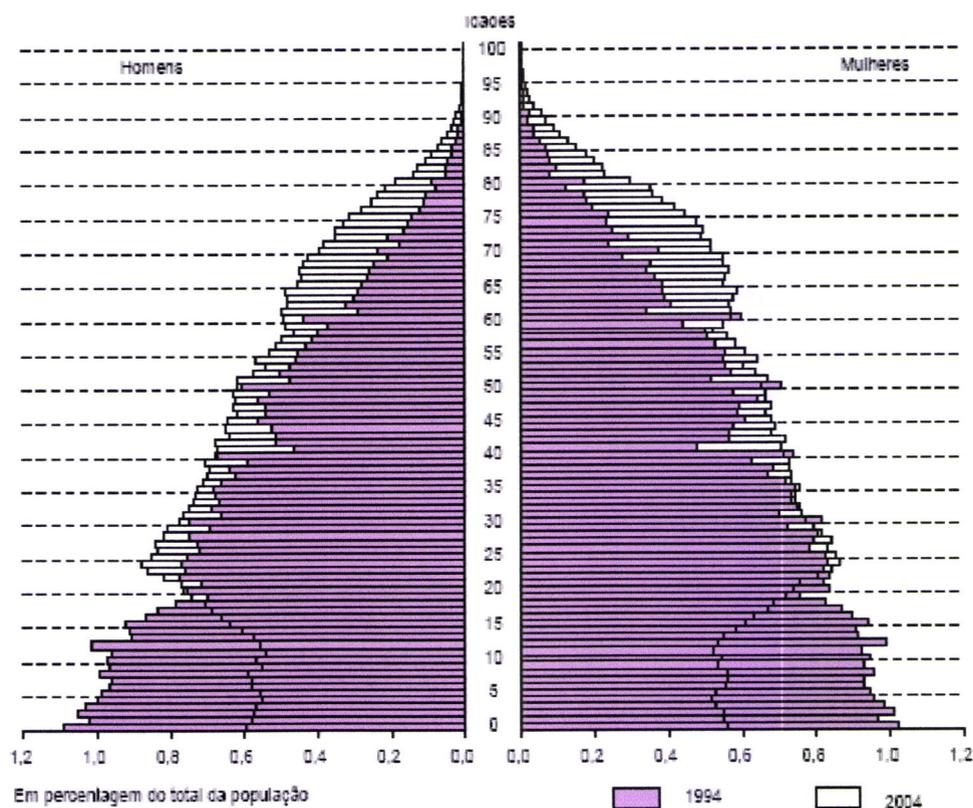


Fonte: Revista de Estudos Demográficos n.º 35

De acordo com INE, na Informação à Comunicação Social (2004: 1,5), no número de famílias residentes em Portugal no período inter-censitário 1991-2001, verificou-se um aumento no número de famílias clássicas de 16,0%. Aumentaram também as famílias monoparentais a proporção foi ligeiramente superior no caso de mães com filhos de 7,9 para 10,0.

De acordo com as estimativas do INE sobre a população residente em 2004, o comportamento demográfico é caracterizado pelo declínio da natalidade e o aumento da longevidade como podemos observar na Figura 5.

Figura 5 – Pirâmide Etária, Portugal, 1994 – 2004



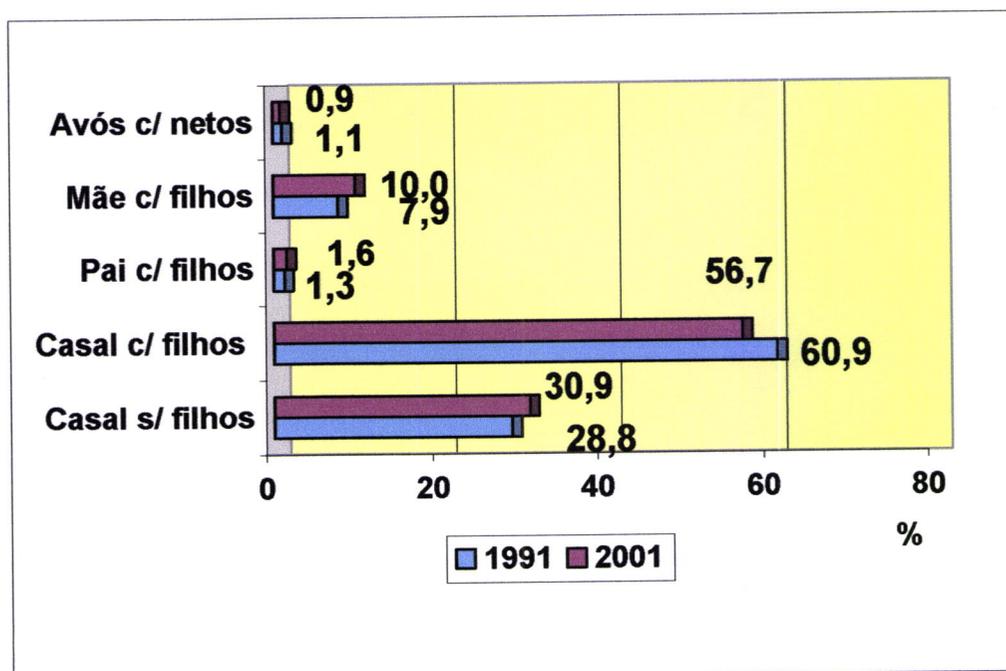
Fonte: INE, Estimativas de População Residente, Portugal, NUTS II, NUTS III e Municípios - 2004

Do ponto de vista infantil o destaque vai para o “filho único” (com uma presença de 30%) e para a criança com apenas 1 irmão co-residente (46%).

A situação de filhos únicos reflecte bem o padrão urbano do País, mas também a nível rural verificamos que as crianças portuguesas crescem tipicamente em famílias biparentais, têm pais casados entre si e são raras as que co-residem com mais de um irmão. Os laços familiares que envolvem a criança alteram-se de um padrão que se diversificava horizontalmente em diferentes arranjos laterais, passa-se a um outro onde eles se tendem a estruturar e alongar, na vertical, segundo uma dinâmica intergeracional.

Relativamente aos núcleos familiares entre 1991 e 2001, verifica-se um aumento percentual dos casais sem filhos de 2 pontos percentuais (30,9), tal facto pode estar relacionado com o fenómeno do envelhecimento da população em que os filhos saem para se casar e ficam os pais. Na razão inversa ficam os núcleos dos casais com filhos. As famílias monoparentais do tipo mãe com filhos aumentam para 10,0%. Uma alteração também verificada é que cada vez os netos habitam menos com os avós.

Gráfico Nº 1 – Distribuição percentual dos núcleos familiares, por tipo de núcleo, Portugal, 1991 – 2001



Fonte: INE, Destaque, Dia Internacional da Família, 2004

No que diz respeito às competências escolares as crianças residentes em Portugal crescem em famílias dotadas de baixíssimos capitais escolares. Mais de 50% das mães e dos pais não possui sequer a actual escolaridade obrigatória. Aqueles que possuem um grau de ensino superior não alcançam os 10%.

Segundo Almeida e André (2004:16,17), quanto mais novas são as crianças maior é o nível de literário dos pais.

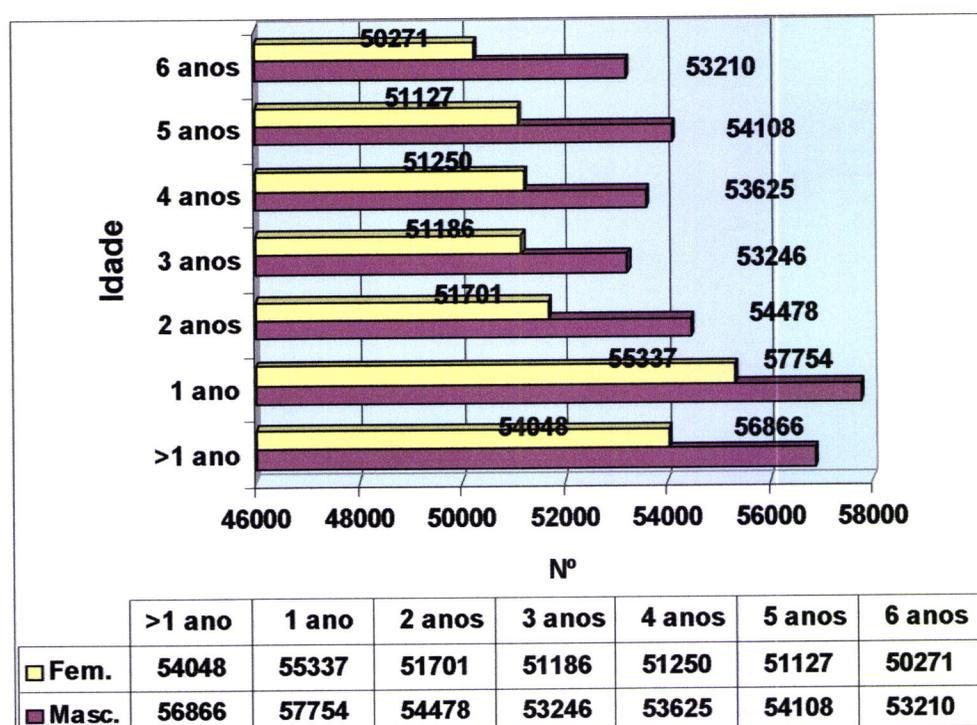
As mesmas autoras referem que 66% das mães são pessoas activas e empregadas, 9% desempregadas e 18% domésticas. A mãe doméstica apresenta uma percentagem baixa comparada com a percentagem de mães activas (73%) o que contribui para que a criança através da socialização familiar associe um papel profissional a ambos os progenitores.

Mais uma vez estas autoras chegaram à conclusão que quanto mais novas são as crianças maior é a taxa de actividade das mães.

A População Infantil, geralmente é estudada por grupos etários, mas como este trabalho está direccionado para as crianças só dos 0 – 6 anos será feita uma breve abordagem a nível de Portugal, Alentejo Central e concelho de Estremoz, relacionada com a estrutura etária e por sexo deste grupo.

Segundo o Recenseamento da População e Habitação em 2001 (Nuts 2002), a nível de Portugal existiam cerca de 748207 crianças dos **0 aos 6 anos** e o sexo masculino é predominante relativamente ao feminino como é visível no Gráfico Nº 2. A população dos 0 aos 6 anos representa 45,16% do total da população infantil do país.

Gráfico Nº 2 – Estrutura etária da População dos 0 – 6 anos por sexo, Portugal – 2001

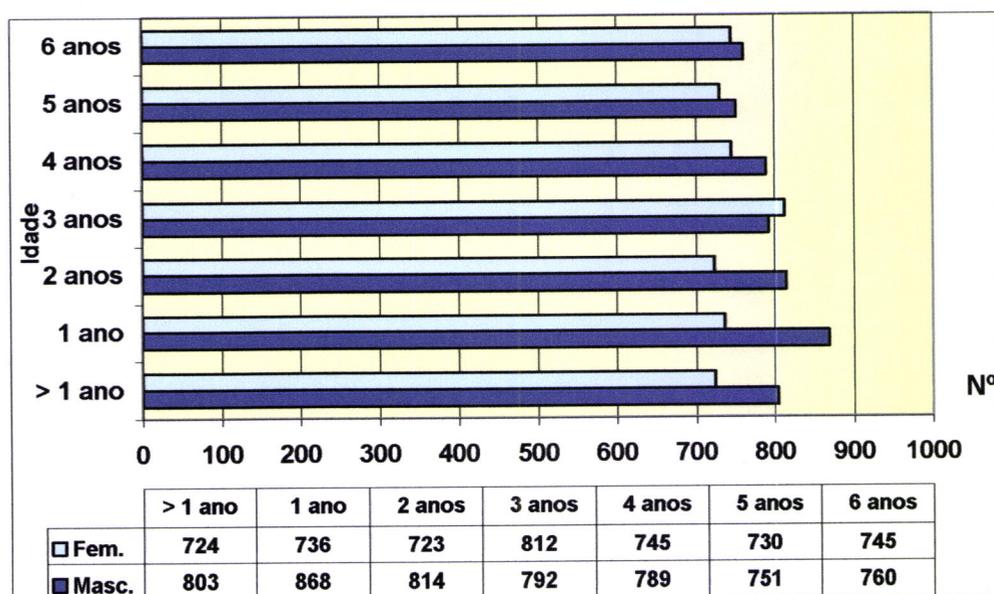


Fonte: INE, Recenseamento Geral da População e Habitação – 2001

No que se refere à faixa etária dos 0 aos 6 anos, a nível do Alentejo Central temos um total de crianças de 10792, sendo o sexo masculino ligeiramente mais representativo (5577) que o feminino (5215), excepto no grupo dos 3 anos em que este último é ligeiramente superior como se pode observar no Gráfico N° 3.

A população dos 0 aos 6 anos representa 44,55% do total da população infantil do Alentejo Central, diferindo menos de 1 ponto percentual relativamente a Portugal.

Gráfico N°3 – Estrutura etária da População dos 0 – 6 anos por sexo, Alentejo Central – 2001

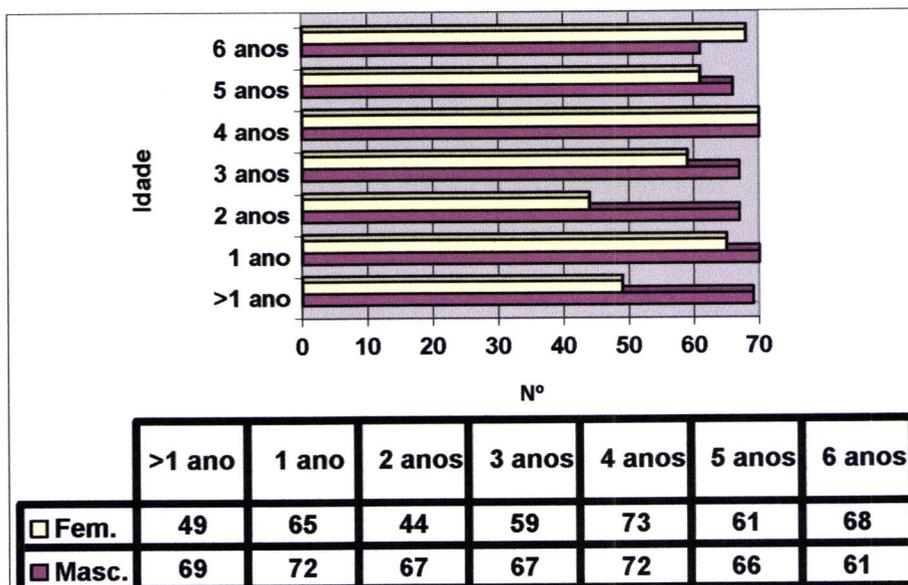


Fonte: INE, Recenseamento Geral da População e Habitação – 2001

A nível do concelho de Estremoz existiam de 893 crianças dos **0 aos 6 anos** e o sexo masculino é predominante relativamente ao feminino excepto no grupo dos 4 e 6 anos verificando-se um acréscimo deste último.

A população dos 0 aos 6 anos representa 42,54 % do total da população infantil do concelho.

Gráfico 4 – Estrutura etária da População dos 0 – 6 anos por sexo, concelho de Estremoz – 2001



Fonte: INE, Recenseamento Geral da População e Habitação – 2001

Reflectindo sobre a análise geográfica da estrutura etária do grupo dos 0 aos 6 anos, apercebemo-nos que as semelhanças são muito significativas.

Tanto a nível de Portugal como do Alentejo Central e ainda do concelho de Estremoz o sexo masculino é predominante, quando se verifica o contrário são valores “mínimos”.

Esta faixa etária representa, relativamente à população infantil de cada área percentagens muito idênticas, Portugal detém 45,16%, Alentejo Central 44,55% e finalmente o concelho de Estremoz 42,54%.

Ao compararmos a proporção da população infantil (0-14 anos) relativamente à população total de cada área geográfica alcançamos, 15,99%, 13,94% e 13,39% respectivamente. Tal facto está relacionado com o envelhecimento da população nas referidas áreas.

2 - A DEFICIÊNCIA

Portugal foi, durante décadas, um país onde a diferença era mal tolerada. Os cidadãos com deficiência eram diferentes. São diferentes, como todos somos, felizmente, diferentes uns dos outros. Assim como é certo todos termos algum tipo de deficiência, seja relacional, seja orgânica ou de outra área qualquer.

Talvez por este pouco uso da tolerância, os hábitos culturais e a tradição, associadas a sucessivos governos muito pouco motivados para as questões sociais, levaram a que os cidadãos com deficiência fossem durante muito tempo considerados como “cidadãos de segunda” e que os seus direitos só muito tarde viessem a ser reconhecidos e implementados.

Em países como, a Holanda ou a Inglaterra, tudo avançou mais rapidamente, embora, graças aos movimentos de cidadãos mas também à sociedade em geral e à disponibilidade dos governos para debater soluções e investir verbas elevadas, em Portugal estamos ainda a começar a dar os primeiros passos, pese embora o esforço de algumas pessoas e de algumas instituições. Esperamos que seja reconhecido que o cidadão com deficiência é um cidadão como os outros, apenas que tem algumas necessidades especiais a que cabe à sociedade dar resposta. Sem favores, mas como uma obrigação e um dever.

Ter uma criança com deficiência não é fácil para as famílias. E se não é fácil em nenhum país, muito mais difícil se torna em Portugal, já que infelizmente na sociedade actual a maioria das pessoas está longe de encontrar respostas capazes de garantir a todos as condições de igualdade de direitos e oportunidades. E, desde sempre, as pessoas com deficiência foram de todos os mais discriminados.

Segundo os censos 2001, o primeiro levantamento censitário em que o tema da deficiência foi contemplado, existem em Portugal 636 059 pessoas com deficiência, o que corresponde a 6,1 % da população (Gonçalves, 2003).

Estes valores da população com deficiência não coincidem com os do Inquérito nacional às incapacidades, deficiências e Desvantagens, aplicado pelo Secretariado Nacional de Reabilitação publicado em 1996, onde se estimaram existir 905 487 pessoas com alguma deficiência. Estes valores não devem ser comparados porque a metodologia utilizada na obtenção dos dados foi diferente.

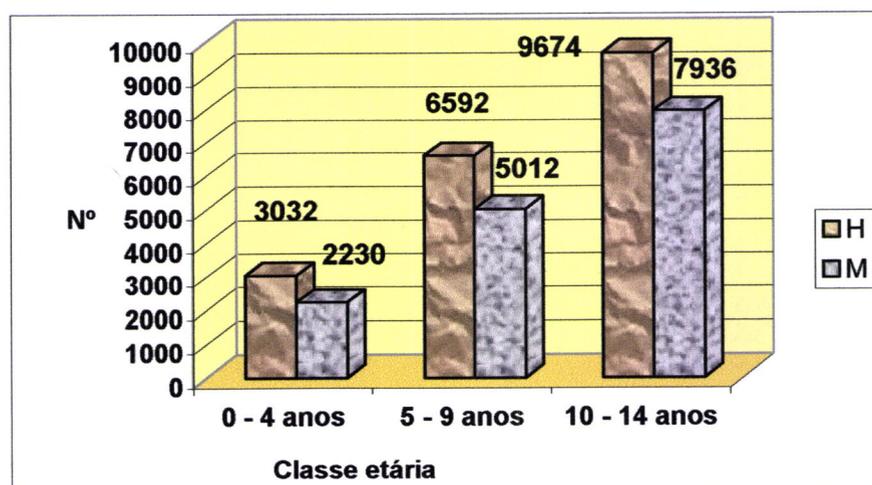
2.1 – Caracterização da população com deficiência

Nesta breve caracterização será tida em conta a população infantil dos 0 aos 14 anos a nível de Portugal, Alentejo central e o Concelho de Estremoz, apesar de estarmos conscientes que o resultado desta análise é diferente dos resultados do estudo do total da população deficiente nestas áreas geográficas.

O sexo masculino é dominante apresenta valores absolutos superiores em todas as classes observáveis no Gráfico N° 5.

A população que é aqui referenciada (34476) representa 5,42% da população total com deficiência em Portugal (636059).

Gráfico N° 5 – Distribuição da população com deficiência por sexo e classe etária, Portugal, 2001



Fonte: INE, Recenseamento Geral da População e Habitação – 2001

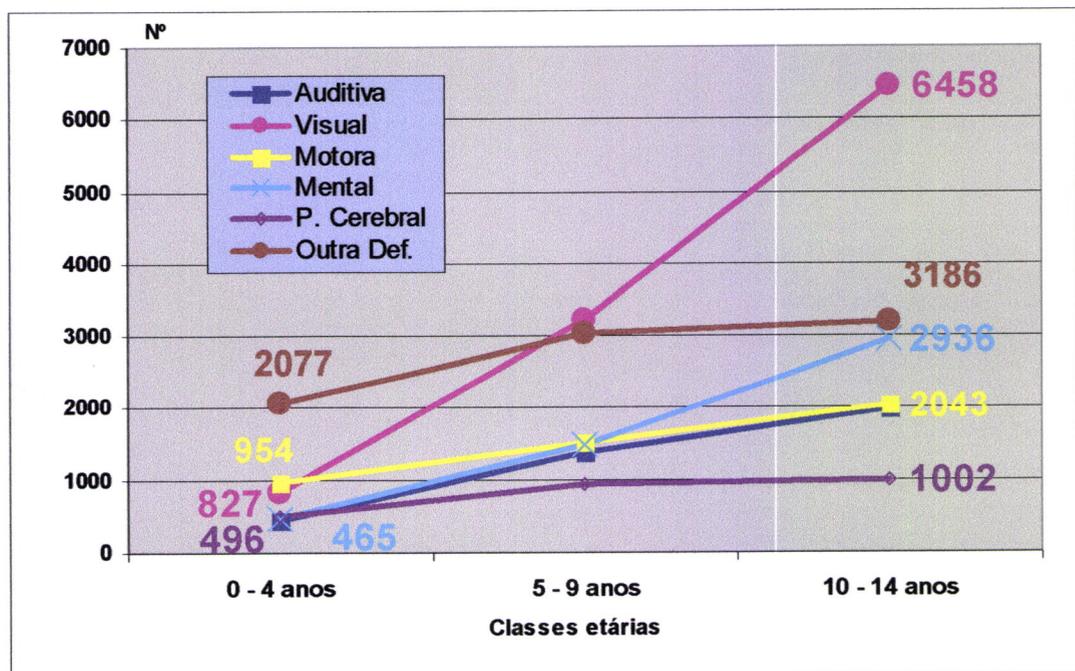
A deficiência visual é a que atinge valores superiores e aumenta segundo a idade.

As outras deficiências que incluem a hemofilia, dislexia, afasia, limitações da voz, ostomizados, laringectomizados e muitas outras adquire valores próximos à deficiência mental mas porque estamos a estudar população infantil.

A deficiência motora que aqui parece menos relevante com o avançar de idade adquire uma proporção de 24,6 da população total com deficiência por devido principalmente aos acidentes de viação e trabalho.

A paralisia cerebral tende a diminuir devido aos avanços da medicina.

Gráfico Nº 6 – Distribuição da população com deficiência, por tipo de deficiência, Portugal 2001



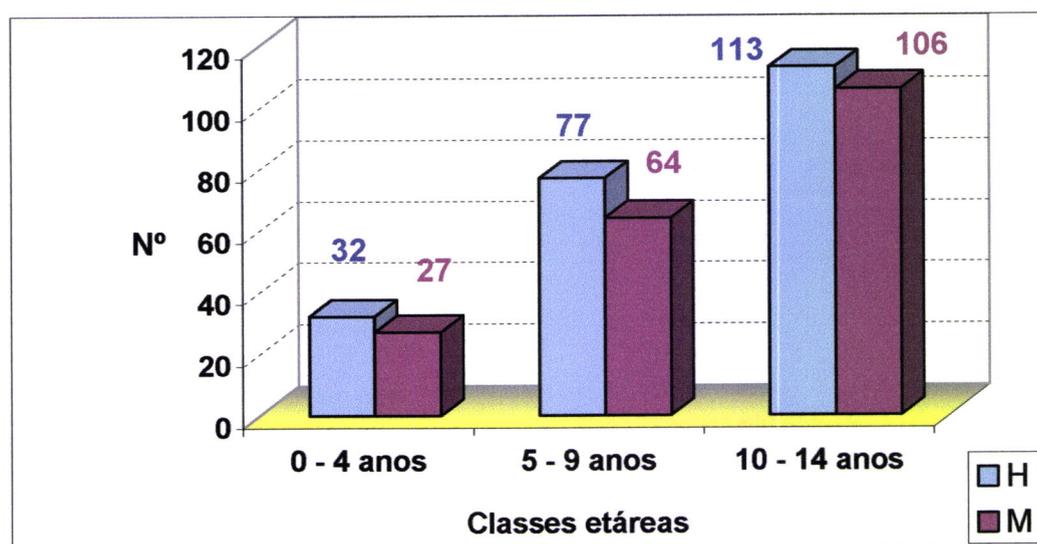
Fonte: INE, Recenseamento Geral da População e Habitação – 2001

A nível do Alentejo Central o total da população com deficiência é de 10419 o que corresponde a uma taxa de 6,1% tal como acontece a nível de Portugal.

Nos grupos etários representados no Gráfico N° 7 o sexo masculino continua em evidência relativamente ao feminino.

Mais uma vez a variável idade demonstra estar relacionada com o aumento do valor absoluto de pessoas com algum tipo de deficiência, razão pela qual a taxa de crianças com deficiência é de 3,78 %.

Gráfico N° 7 – Distribuição da população com deficiência por sexo e classe etária, Alentejo Central, 2001

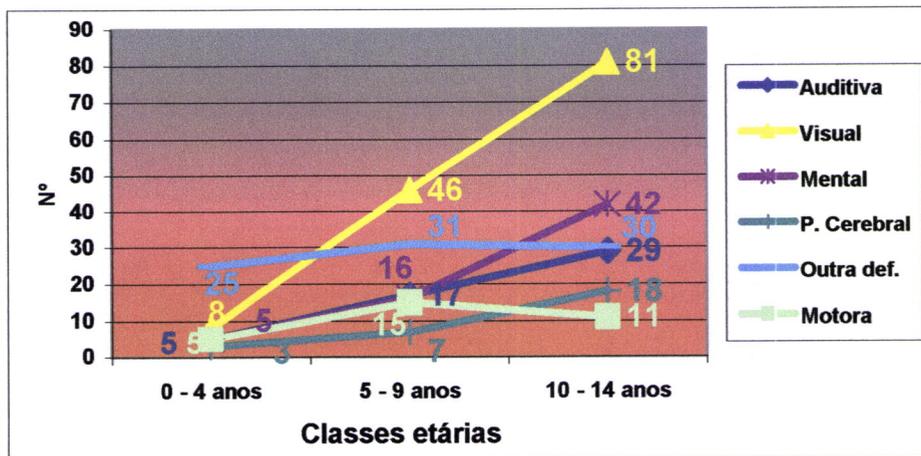


Fonte: INE, Recenseamento Geral da População e Habitação – 2001

Relativamente ao tipo de deficiência com maior valor absoluto é também a visual, aumenta em “flecha” com a idade como acontece a nível de Portugal. Esta é seguida da deficiência mental apresenta maior valor no grupo dos 10 aos 14 anos (42).

Os restantes tipo de deficiência vão alcançar valores superiores nos grupos etários seguintes nomeadamente na vida adulta à excepção da paralisia cerebral que tende a diminuir.

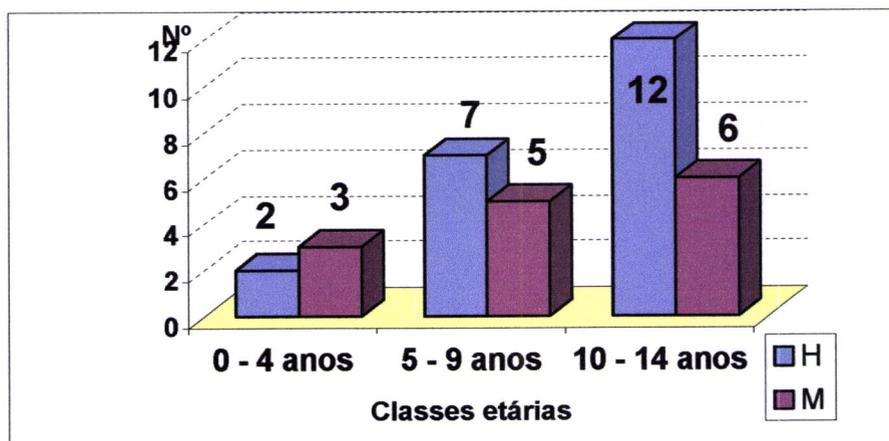
Gráfico N° 8 – Distribuição da população com deficiência, por tipo de deficiência, Alentejo Central 2001



Fonte: INE, Recenseamento Geral da População e Habitação – 2001

Nos grupos etários representados no Gráfico N°9 o sexo masculino continua em evidência relativamente ao feminino excepto no grupo etário dos 0 aos 4 anos e verifica-se que no grupo dos 10 aos 14, o valor absoluto no sexo masculino duplica relativamente ao feminino no mesmo grupo.

Gráfico Nº9 – Distribuição da população com deficiência por sexo e classe etária, Concelho de Estremoz, 2001

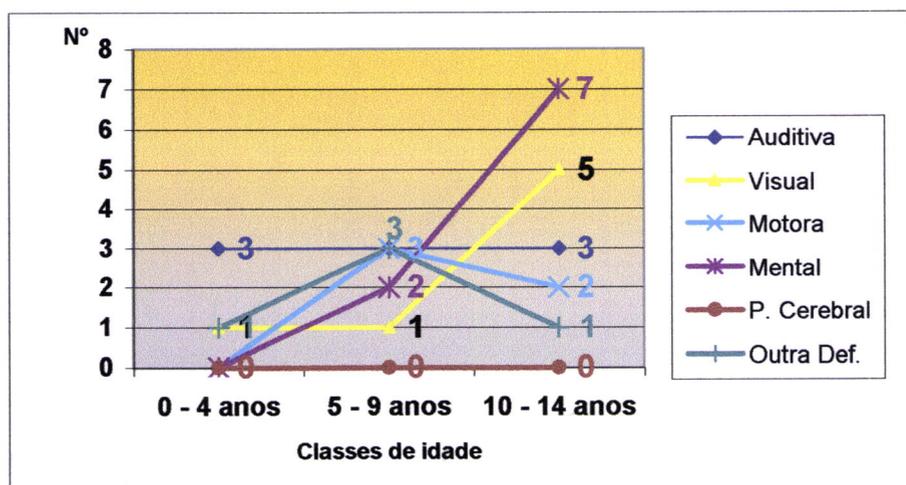


Fonte: INE, Recenseamento Geral da População e Habitação, 2001

A deficiência mental e visual são as que atingem maior valor absoluto no grupo etário dos 10 aos 14 anos, e as restantes tendem a baixar.

A taxa de deficiência nestes grupos etários é de 5,2%, no entanto a taxa de deficiência, relativa à população total residente no concelho de Estremoz é de 4,3%.

Gráfico Nº10 – Distribuição da população com deficiência, por tipo de deficiência, Concelho de Estremoz, 2001



Fonte: INE, Recenseamento Geral da População e Habitação, 2001

4 - ENQUADRAMENTO HISTÓRICO/LEGAL DO ATENDIMENTO A CRIANÇAS COM NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS

Segundo relatório da OCDE (1984), o atendimento de crianças deficientes fez-se por três fases (Bairrão et al., (1998:16).

➤ A primeira, que acontece no início do séc. XIX, começou por atender a crianças com deficiências sensoriais, em instituições de natureza asilar normalmente de iniciativa privada.

O Instituto Médico-Pedagógico, fundado em 1915, posteriormente (década de 40) apelidado de Instituto Médico-Pedagógico António Aurélio da Costa Ferreira, foi o primeiro a preocupar-se com a avaliação e educação das crianças com deficiência, e também com a formação de professores do ensino especial.

➤ A segunda fase, reporta-se à primeira metade do séc. XX, em que por iniciativas de médicos, professores e pais, foram criadas escolas especiais para crianças com algumas deficiências, como a Síndrome de Down, Paralisia Cerebral e Deficiência Visual (Costa & Rodrigues, 1999).

Apesar desta iniciativa, só se verifica na década de 60, o apoio do então Ministério dos Assuntos Sociais nas iniciativas privadas relacionadas com a educação de deficientes e cria centros de observação e centros de educação, sendo também responsável por programas de formação especializada de professores (Pimentel, 2005:218).

➤ A terceira fase surge na década de 70, na qual o Ministério da Educação assume um papel activo nomeadamente na criação de serviços com características integradoras.

O Ministério da Educação, em 1973, organiza o Departamento de Educação Especial o que tinha como objectivo desenvolver o a nível nacional um programa de atendimento a crianças com deficiência numa perspectiva de integração. Este Ministério, em 1975/76 cria as Equipas de Educação Especial através das quais pretendia promover a integração social, familiar e escolar das

crianças com deficiências motoras e sensoriais permitindo assim a estas crianças a frequência de escolas regulares. Criou ainda as Unidades de Orientação Educativa (UOE) e os Serviços de Apoio às Dificuldades de Aprendizagem (SADA) numa perspectiva educativa junto dos professores.

Nesta mesma década surgem Cooperativas e Associações de pais que criam escolas de ensino especial para atendimento de crianças com deficiências profundas.

A PL 94/142 de 1975, e o Warnock Report de 1978, influenciaram bastante a legislação portuguesa referente às crianças com NEE e esta por sua vez contribuiu para o enquadramento legal da IP em Portugal.

A Lei de Bases do Sistema Educativo, Lei N.º 46/86, veio consignar, pela primeira vez em Portugal, alguns dos princípios fundamentais relativos à educação de alunos com necessidades especiais, como:

- o papel primordial do Estado no processo educativo destas crianças ao contrário do que acontecia anteriormente em que a responsabilidade era essencialmente de organizações privadas;
- a atribuição, ao Ministério da Educação, da responsabilidade na educação especial relativamente à definição de normas gerais de educação especial em termos pedagógicos e técnicos, e ainda apoiar a fiscalização do cumprimento das mesmas;
- foi dada prioridade ao ensino destes alunos nas estruturas regulares;
- o reconhecimento da necessidade do recurso a escolas especiais só deve verificar-se quando comprovadamente o tipo e grau de deficiência o exijam.

A influência da PL 94/142 de 1975, e do Warnock Report de 1978, fez-se sentir na década de 80 em Portugal o que levou à publicação, mais tarde, do **Dec. Lei 319/91** de 23 de Agosto, o qual continua a ser considerado a base do Sistema de Educação Especial do nosso país (Pimentel 2005:219). Este Dec. Lei define medidas de regime educativo especial a aplicar aos alunos com necessidades educativas especiais do ensino básico e secundário. Foi considerado no presente diploma a evolução de determinados conceitos resultantes do desenvolvimento de experiências no âmbito da integração como

por exemplo:

⇒ A substituição da classificação em categorias baseadas em critérios médicos para o conceito de NEE, baseado em critério pedagógico;

⇒ A crescente responsabilização das escolas regulares pela educação das crianças com deficiências e com dificuldades de aprendizagem;

⇒ A abertura da escola a crianças com NEE numa perspectiva de escola para todos;

⇒ Reconhece a importância do papel dos pais na orientação educativa dos seus filhos.

Durante a década de 80 e princípios da década de 90 os professores das equipas de educação especial deslocavam-se de uma escola para outra para prestarem apoio pedagógico o qual era desenvolvido em salas separadas à classe frequentada pelos alunos.

Segundo Pimentel (2005), *"os movimentos de vinculação dos professores de educação especial às escolas onde prestam apoio, e a progressiva transformação destas equipas em serviços de apoio à escola concretizou-se com a publicação do Dec. Lei 105/97 profundamente influenciado pela declaração de Salamanca de 1994"*. As, então Equipas de Educação Especial, deram origem a Equipas de Apoio, coordenadas a nível local pelas Equipas dos Apoios Educativos (ECAE), que têm como principais funções:

* *" Colaborar com as escolas regulares nos esforços de educação inclusiva;*

* *Coordenar os diferentes serviços relacionados com as crianças e jovens com NEE;*

** Coordenar o trabalho dos professores itinerantes e outros técnicos necessários para intervenção nas crianças com deficiências de baixa incidência e deficiências mais severas;*

** Recrutar serviços especiais existentes a nível local ou se necessário noutras áreas;*

** Resolver os problemas relacionados com os equipamentos específicos adequados à promoção do sucesso educativo, e formação em serviço do pessoal;*

** Organizar a intervenção precoce, apoio a pais e transição para a vida autónoma" (Pimentel, 2005:220).*

Tal como refere Bairrão (1998: 60), este diploma legal assenta num novo modelo conceptual e organizativo direccionado para o conhecimento das necessidades da escola e dos professores de ensino regular assim como da sua responsabilidade face aos alunos com NEE. Este diploma, de forma concreta, determina a inserção na escola regular dos professores de apoio e a criação de "Equipas de Coordenação de Apoios Educativos" de coordenação concelhia.

Para além das iniciativas legislativas do Ministério da Educação e do movimento direccionado para a integração, visando a inclusão de todos os alunos na escola regular, as escolas especiais sofreram profundas alterações. Estas tornaram-se centros de recursos materiais e humanos, colocados à disposição das escolas de ensino regular o que contribuiu para o sucesso da referida integração. Algumas destas escolas iniciaram Projectos Integrados de IP, acção que foi reconhecida pelas portarias 52/97 e 1102/97.

5 - EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA INTERVENÇÃO PRECOCE

Os primórdios da IP em Portugal surgem com o atendimento de crianças com NEE, e remonta à segunda metade da década de 60. Nesta altura o Instituto de Assistência a Menores do Ministério da Saúde criou o Serviço de Orientação Domiciliária, que tinha como objectivo apoiar, a nível nacional, pais de crianças cegas entre os 0 e 6 anos de idade (Costa, 1981). Estes programas tinham por base o "modelo médico", e estavam estreitamente ligados aos serviços de saúde, mais propriamente ao Instituto Maternal do Ministério da Saúde e Assistência.

No início da **década de 70**, o Serviço de Orientação Domiciliária existia a nível nacional e eram as enfermeiras de Saúde Pública que através de visitas domiciliárias quinzenais, apoiavam as crianças/famílias deficientes visuais.

Em 1972, o Sr. Ministro, na altura, Rebelo de Sousa, extinguiu, a nível nacional, o Serviço de Orientação Domiciliária, o qual foi assumido pelos Centros de Educação Especial apenas na região de Lisboa e Porto.

Recordemos, que depois de 1974, surge um movimento importante desenvolvido por instituições privadas de solidariedade social relacionado com a educação pré-escolar para a integração das crianças com deficiência (Pereira, 2002: 16).

Nos anos 70, surge o **Projecto de Águeda** que representou na altura uma experiência inovadora tinha como objectivo *"organizar recursos que proporcionassem uma resposta às crianças em risco e com deficiência que se encontravam sem atendimento no concelho de Águeda"* (Pereira, 2002: 17).

Este projecto foi de grande utilidade, não só pelo atendimento que proporcionou às crianças e famílias como também pelas novas perspectivas de abordagem direccionadas para a prevenção e desenvolvidas de forma mais abrangente e a nível comunitária.

Nesta década foi relevante o trabalho, desenvolvido pelos Centros de Paralisia, no âmbito da estimulação e intervenção precoce em crianças com paralisia cerebral, assim como a estimulação precoce das crianças deficientes entre os 0 e 6/7 anos de idade desenvolvida pela Equipa de Orientação Domiciliária da Direcção de Serviços de Estabelecimentos Sociais Oficiais do Centro Regional da Segurança Social de Lisboa (Almeida, 2000: 11). Segundo Filipe (2003), este trabalho era desenvolvido por Educadoras de Infância e Professores Especializados.

Na **década de 80** (1984/85), a Direcção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica (actual, Centro de Estudo e Apoio à Criança e à Família), era um serviço dependente do Ministério do Emprego e Segurança Social e tinha competência para oferecer apoio precoce especializado às crianças em situação de risco ou deficiência e suas famílias (Craveirinha, 2003: 18 e Pimentel, 2005: 222).

É sobretudo a partir de meados dos anos 80 que vamos assistir ao reconhecimento cada vez mais alargado da necessidade de desenvolver formas de atendimento para crianças com NEE em idades precoces. Surgem termos como, *identificação ou detecção precoce e estimulação precoce* nos diversos sectores, saúde, educação e segurança social, (Pereira, 2002: 17).

Nesta década, as crianças com necessidades especiais até ao início da escolaridade obrigatória eram fundamentalmente apoiadas pelos Serviços de Saúde e da Segurança Social, sendo a intervenção do Ministério da Educação muito reduzida. Havia um reconhecimento crescente da necessidade de desenvolver serviços para crianças com necessidades educativas especiais em idades mais precoces. As poucas iniciativas existentes era direccionado essencialmente, para o diagnóstico e para as terapias e às famílias eram, sobretudo, disponibilizados apoios financeiros ou serviços de saúde mental (Soriano, 2005:36).

A Direcção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica liderou um processo de investigação-acção, apoiado financeiramente pela Fundação Calouste Gulbenkian, que lhe permitiu estudar e implementar um modelo de IP

em Portugal, o **Modelo Portage** (1984/85), à semelhança do que aconteceu nos EUA e alguns países da Europa.

O Modelo Portage divulgado pela Associação Portage (datada de 1992) em colaboração com o Centro de Estudo e Apoio à Criança e à Família, tem evoluído com a introdução de novas tendências e práticas recomendadas actualmente na área da IP. Na sequência da divulgação deste modelo, a Direcção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica desenvolveu formação privilegiando os profissionais provenientes das Equipas de Ensino Especial (Almeida, 2000: 12; Filipe, 2003). Foi uma fase muito importante no que diz respeito ao envolvimento dos pais no processo de intervenção assim como na formação dos profissionais uma vez que não dispunham de formação nesta área (Coutinho, 1999).

Apesar das linhas orientadoras deste programa o tornarem num programa prestigiado não houve grande adesão à metodologia por ele proposta (Almeida, 2000: 12).

No final da década de 80, inicia-se em Portugal uma nova etapa para a IP. Surgem então, algumas experiências inovadoras a nível de cuidados prestados a crianças com deficiência ou em risco, nos primeiros anos de vida.

Em 1989, inicia o seu percurso o Projecto **Integrado de Intervenção Precoce (PIIP)** do distrito de Coimbra promovendo a articulação de vários serviços públicos, ligados à Saúde, Educação e Acção Social e privados como instituições privadas de solidariedade social. Este projecto, ganha nos anos 90, uma dinâmica e autonomia próprias constituindo uma referência a nível do país, adoptou um modelo de intervenção centrado na família e de base comunitária. O PIIP, com esta nova abordagem, contribuiu para a formação e dinamização de novos projectos a nível do país.

O referido projecto assegura uma formação permanente aos seus técnicos, através da colaboração de técnicos dos EUA.

No âmbito do PIIP surgem Encontros de IP anuais e a formação específica para os profissionais (Craveirinha, 2003: 19).

A **Associação Nacional de Intervenção Precoce (ANIP)** surge no seio do PIIP, e é um dos cinco serviços que constituem o PIIP. Para além disso tem funções de formação e apoio às famílias e profissionais a nível nacional. Tem como perspectiva futura afirmar-se progressivamente, como um recurso, a nível da formação e investigação na área da IP.

Na **década de 90** assiste-se à mudança de paradigma protagonizada pelas entidades atrás referidas. Esta mudança, aliada à política de incentivos financeiros, através de programas nacionais e recorrendo também a fundos comunitários contribuiu para a proliferação de Projectos de IP a nível local, por todo o país. Estes projectos desenvolveram-se tendo como referência o trabalho desenvolvido pelo PIIP, baseiam-se na articulação entre serviços dos Ministérios da Educação, Saúde e da Segurança Social.

Em 1992 foi criada a **Associação Portage em Portugal**, que pretendia a constituição de Núcleos Regionais, assim como a organização de recursos.

Nesta altura, a organização dos programas de IP existentes não é a desejada, pois estes são centrados na criança e em termos de serviços prestadores de cuidados funcionam de forma isolada e desarticulada (Correia e Serrano, 2000: 29).

A nível dos **Serviços de Saúde**, salientamos as iniciativas relacionadas com os programas de seguimento de recém nascidos de alto risco nas Maternidades e serviços de Pediatria dos principais hospitais e ainda a criação de Unidades de Desenvolvimento (Craveirinha, 2003: 19, Narciso, 2003: 63).

A nível da **Segurança Social** salientamos os programas de apoio a crianças com NEE entre os 0 e 3 anos de idade e ainda o **Programa "Ser Criança"**. Este programa surgiu em 1995 e foi importante quer pela sua dimensão quer pelos seus objectivos. O referido programa foi criado por Despacho do Ministro da Solidariedade e Segurança Social e publicado no **Diário da República n.º 298 II Série de 28 de Dezembro de 1995**, que apoia projectos concebidos numa perspectiva de prevenção e visa a integração

familiar e sócio educativa de crianças em risco de exclusão social e familiar, através da execução de "projectos especiais dirigidos a crianças carenciadas, incluindo os referentes à recuperação e educação especial de crianças com deficiência" (Craveirinha, 2003: 20). Foi através deste programa que surgiu o financiamento de diversos projectos no âmbito da IP a nível de Portugal.

A nível do **Ministério de Educação** foram implementadas actividades de IP, através de projectos conjuntos entre instituições de Educação Especial e as equipas de Apoios Educativos.

De acordo com Correia e Serrano (2000: 29), em 1994 foi criado por despacho conjunto dos Ministérios da Educação, Saúde, Emprego e Segurança Social (D.R - II Série de 03/08/94), um grupo de trabalho interdepartamental com o objectivo de delinear formas de organização e atendimento na área da IP, relativamente á implementação de programas e serviços.

Ao longo dos anos 90 surgiram alguns Projectos de IP, promovidos por instituições privadas de solidariedade social, cooperativas e também por serviços oficiais.

Esta década foi produtiva em termos de legislação relacionada com o atendimento de crianças e famílias na área da IP, no entanto a legislação específica no âmbito da IP em Portugal só surge no final da década através do Despacho Conjunto n.º 891/99 de 19 de Outubro.

Em termos de formação em serviço, que tem sido proporcionada por diferentes entidades não académicas desempenhou, e desempenha ainda, um papel essencial no que se refere às qualificações de profissionais de IP. A formação em IP, a nível do nosso país segue as perspectivas teóricas e práticas, do modelo e legislação norte-americana.

São tomadas em consideração algumas questões cruciais em IP, com vista a ajudar os profissionais na mudança de práticas tais como:

- *De modelos centrados na criança e no défice para intervenções integrativas prestadas no contexto natural da criança;*

- *De intervenções paralelas, fragmentadas e monodisciplinares (terapias isoladas) prestadas por diferentes profissionais, para um **trabalho em equipa interdisciplinar e de colaboração e participação integrada entre diferentes serviços;***

- *De modelos "assistenciais" para um **modelo de fortalecimento (empowerment) e de práticas centradas na família que considerem a família como uma unidade de intervenção** (Soriano, 2005: 38).*

Em Portugal existe uma realidade diversificada no que diz respeito à prática da IP, a qual não é de todo conhecida porque a investigação nesta área é feita de forma muito localizada em determinadas áreas geográficas e não a nível nacional. Apesar deste facto verifica-se que "*a influência de modelos de desenvolvimento ecológicos (Bronfenbrenner, 1979, 1998) e transaccionais (Sameroff, 1975; Sameroff & Fiese, 1990) nortearam a organização da IP para um sistema de colaboração inter-serviços, visando a adopção de programas mais abrangentes em que a participação efectiva da família e da comunidade desempenham um papel preponderante* (Soriano, 2005: 38).

5.1 – O que é a Intervenção Precoce?

De acordo com o Dec. Lei n.º 891/99 e que regulamenta a IP no nosso país a IP entendida como "*uma medida de apoio integrado, centrado na criança e na família que se desenvolve mediante acções de natureza preventiva e habilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da acção social*".

A IP destina-se a crianças até à idade escolar que estejam em risco de atraso de desenvolvimento, que manifestem deficiência, ou necessidades educativas especiais, com o objectivo de minimizar efeitos nefastos ao seu desenvolvimento.

Os programas de IP devem, sempre que possível, decorrer no meio ambiente onde vive a criança. Habitualmente a intervenção inicia-se por uma sinalização, geralmente feita pelo hospital, creche, jardim infantil, ou pela própria família. Seguidamente é realizada a avaliação/diagnóstico e implementado um programa de intervenção.

A IP pode iniciar-se entre o nascimento e a idade escolar, no entanto há muitas vantagens em começar o mais cedo possível por três razões:

a) Quanto mais cedo se iniciar a intervenção maior é o potencial de desenvolvimento de cada criança;

b) Para proporcionar apoio e assistência à família nos momentos mais críticos;

c) Para maximizar os benefícios sociais da criança e família.

A IP deve resultar no desenvolvimento de melhores atitudes parentais relativamente a eles mesmos e a seu filho. Deve proporcionar mais informação e melhores competências para lidar com a sua criança, e incentivar a libertação de algum tempo para o descanso e lazer.

Através da IP conseguem-se ganhos sociais. O desenvolvimento da criança envolve a diminuição das situações dependentes de instituições sociais, o aumento da capacidade da família para lidar com a presença de um filho com deficiência, e o possível aumento das suas capacidades para vir a ter um emprego.

Relativamente à eficácia da Intervenção Precoce depende de alguns factores que influenciam o desenvolvimento da intervenção.

a)A idade da criança à data do início da intervenção;

b)O envolvimento dos pais;

c)A intensidade e/ou estruturação do modelo de programa de Intervenção Precoce adoptado.

Trabalhar com as famílias significa um compromisso, no sentido de agir em conjunto, para prevenir ou minimizar problemas no desenvolvimento da criança. Implica estar atento aos múltiplos factores que podem causar alterações no desenvolvimento e aos apelos e dúvidas colocadas pelos pais.

5.2 – A Intervenção Precoce a nível do Alentejo

A organização da Rede Alentejo faz-se da seguinte maneira:

- ↳ Existe uma Equipa Regional;
- ↳ Uma Equipa Distrital por distrito;
- ↳ Uma Equipa Concelhia por concelho;
- ↳ Uma Equipa Directa por concelho.

A nível do distrito de Évora o qual tem 14 concelhos com uma população total de 173.654 e uma população dos 0 aos 6 anos de 17.755 (10%). Tem quinze equipas a funcionar, duas na cidade de Évora e uma por concelho.

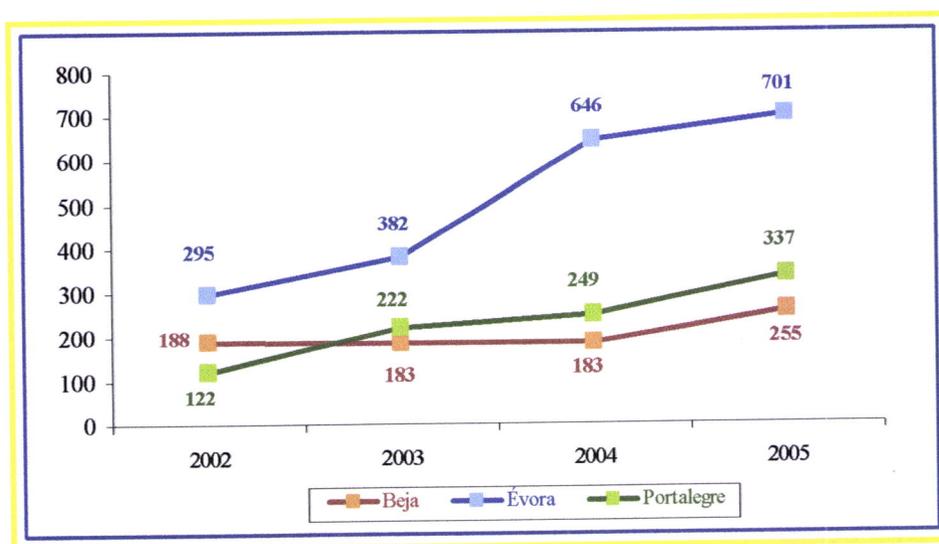
Como podemos observar no gráfico que se segue Intervenção Precoce está mais desenvolvida a nível do Alentejo central.

A evolução desde 2002 até 2005 bastante notória, inicialmente as famílias/crianças eram só 295, vindo a aumentar progressivamente atingindo em 2005 701 crianças/famílias apoiadas a nível do distrito de Évora.

Em 2005 Portalegre apoiou 337 crianças/famílias e Beja 255.

Evolução da População Apoiada

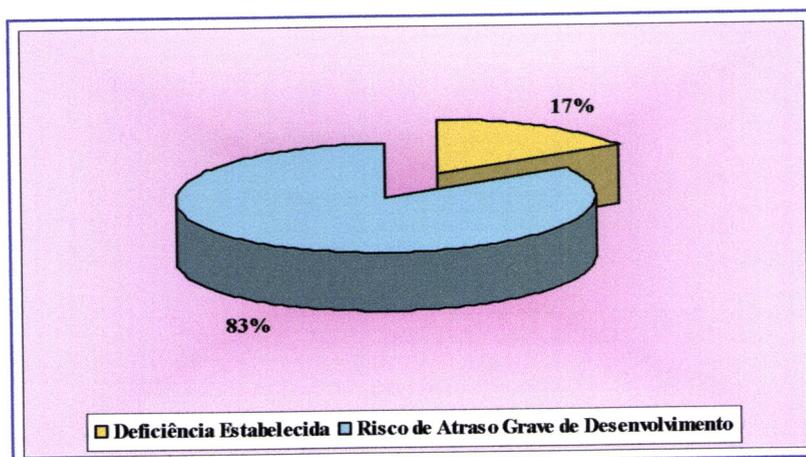
(Total 05/06 – 1293)



Fonte: Apresentação da Rede de IP Alentejo, 2006

Relativamente ao diagnóstico da população apoiada em 2006, 83% tinha Deficiência estabelecida e 17% Risco de Atraso Grave de Desenvolvimento como podemos observar no gráfico seguinte.

População Apoiada (2006)



Fonte: Apresentação da Rede de IP Alentejo, 2006

As problemáticas mais frequentes são:

- ⇒ As Perturbações do Espectro Autista;
- ⇒ Distrofia Muscular;
- ⇒ Epilepsia;
- ⇒ Hidrocefalia;
- ⇒ Paralisia Cerebral;
- ⇒ Síndromes Genéticos e Neurológicos;
- ⇒ Spina Bífida;
- ⇒ Trissomia XXI;

CAPÍTULO III

INTERVENÇÃO PRECOCE: DAS PRÁTICAS CENTRADAS NA CRIANÇA ÀS PRÁTICAS CENTRADAS NA FAMÍLIA

INTRODUÇÃO

Nos últimos 20 a 30 anos, foram publicados documentos relevantes que mostram a evolução das ideias e teorias que construíram o novo conceito de IP, em que a saúde, a psicologia, a educação e as ciências sociais estão directamente envolvidas, focalizando o desenvolvimento da criança e o impacto das interacções sociais no desenvolvimento humano em geral e da criança em particular. Isto realça a substituição de um tipo de intervenção essencialmente centrada na criança, por uma abordagem mais abrangente que envolve a criança, a família e o meio ambiente e corresponde a uma evolução das ideias no domínio da incapacidade, no sentido da mudança do modelo “médico” para o modelo “social”.

O termo centrado na família, actualmente é utilizado em várias áreas disciplinares, nomeadamente na educação, sociologia, psicologia, saúde, serviço social e perturbações da comunicação.

A intervenção focada na família preocupa-se, para além do bem-estar da criança com o bem-estar da família como uma todo e sua progressiva capacitação e autonomização.

Este tipo de abordagem implica uma mudança de perspectiva da parte dos profissionais relativamente ao seu próprio papel, assim como o papel da família no processo de avaliação/intervenção.

Para Correia e Serrano (2000: 13), a família como foco de atenção constitui o elemento fundamental das práticas actuais de IP centradas na família.

1 - CONTRIBUTOS TEÓRICOS

Vários foram os contributos teóricos que influenciaram nas mudanças sucessivas no que respeita ao foco da intervenção. Algumas teorias no campo da psicologia do desenvolvimento vieram clarificar a importância da interacção indivíduo - ambiente no desenvolvimento global da criança. A evolução do conhecimento sobre o desenvolvimento da criança alertou-nos para a importância das primeiras experiências.

A IP segundo uma perspectiva centrada na família tem como base três influências teóricas: a Teoria dos Sistemas (von Bertalanffy), em que a família é vista como um sistema em que a criança está inserida, o Modelo Ecológico de Desenvolvimento de Bronfenbrenner (1979) o qual alarga a perspectiva da Teoria dos Sistemas inserindo a família em contextos cada vez mais abrangentes – a Sociedade -, e o Modelo Transaccional de Desenvolvimento de Sameroff & Chandler (1975), em que o desenvolvimento é visto como um produto das interacções da criança com a família e o meio em interacção bidireccional.

A família é vista como um sistema que se encontra inserido numa ecologia sistémica social mais abrangente e é afectado pelas mudanças que ocorrem na comunidade e na sociedade. A abordagem sistémica familiar reconhece a família como uma estrutura primária de organização do desenvolvimento da criança. A família desempenha o papel de mediador entre o indivíduo e a sociedade

Esta complexa perspectiva de sistemas realça a interdependência dos mais variados factores que influenciam o desenvolvimento global da criança.

2 - EVOLUÇÃO HISTÓRICA

Relativamente aos aspectos referentes ao apoio à família na área das NEE inserem-se num movimento internacional em que se verificam alterações demográficas significativas. O objectivo visava reforçar o papel tradicional da família num momento em que questões como o aumento da mobilidade geográfica, o aumento da taxa de emprego feminino, o aumento da taxa de divórcio e problemas económicos entre outros, colocam novos desafios no apoio à família.

De acordo com Serrano (2004:1) um dos pontos mais importantes da fase inicial da investigação em IP foi o reconhecimento de que a família é um elemento essencial na intervenção em crianças em risco ou com NEE.

A década da grande viragem, de uma perspectiva essencialmente centrada na criança para uma focada na família é um dos movimentos mais revolucionários na área da IP nos Estados Unidos, vindo a alterar significativamente a forma de intervenção dos profissionais com os pais da criança.

A filosofia do atendimento centrado na família teve como contributos, a importância dada ao envolvimento parental, as críticas feitas ao modelo médico, movimentos sobre a desinstitucionalização, a elaboração da teoria dos sistemas sociais, aliados à vontade política na adopção de medidas orientadas para a família.

Inicialmente o atendimento das crianças além de ser centrado exclusivamente na criança, visava remediar os seus problemas de forma espartilhada entre diversas especialidades. Este tipo de práticas tinham por base o modelo médico, o qual não valorizava o envolvimento parental e os técnicos eram entendidos como experts. Este modelo enfatiza muitíssimo os aspectos patológicos e deficitários da criança e não valoriza as competências da mesma. No âmbito do modelo médico não existia trabalho em equipa, mas

sim um trabalho multidisciplinar em que cada um dos profissionais das diversas disciplinas intervinham independentemente.

Ainda na década de sessenta, os programas de Head-Start (1965), apresentam características inovadoras relativamente ao envolvimento da família.

Na intervenção com crianças com NEE, começa a haver uma participação progressiva dos pais. A IP continua a ser focada na criança, no entanto os pais começam a desenvolver actividades em casa “programadas” pelos técnicos.

Segundo Duwa, Wells & Lalinde (1993), citados por Pimentel (2005:52), os pais eram alvo de formação especial para desempenharem a função de co-terapeutas dos seus filhos, ou seja era uma forma de dar continuidade ao trabalho desenvolvido pelos profissionais. Apesar da dificuldade, por parte dos pais, em assumir este papel, foi desta forma que adquiriram competências e estratégias de ensino o que permitiu o início de uma mudança na relação de poder, passando a ser uma relação através da qual a família oferece uma colaboração efectiva. Dunst (1991), chama a este modelo de prestação de serviços “aliado à família”, no qual os objectivos da intervenção são delineados não só pelos técnicos mas também pelos pais. Neste período o modelo teórico que dominava na IP era o modelo Behaviorista e comportamental.

No início dos anos setenta demarca-se uma nova etapa nas formas de envolvimento parental, no entanto os pais continuam a desempenhar um papel passivo e secundário em todo o processo de intervenção.

Nesta mesma década, o movimento de desinstitucionalização, contribuiu para uma reflexão sobre o atendimento da criança no seio da família.

A evolução da tecnologia na área da saúde, contribuiu para o aumento da esperança de vida da criança com incapacidade, criando novas necessidades no âmbito dos cuidados permanentes que foram colmatados dotando a família de meios e apoios capazes de responder às referidas necessidades.

Durante a década de setenta e início da década de oitenta, a família e a criança em conjunto constituem o objecto da IP. Num primeiro momento as práticas passam a ser “**focadas na família**”, caracterizando-se por interacções de colaboração entre a família e os profissionais, através das quais são definidas as necessidades da família e os recursos utilizados são principalmente os formais. Apesar do papel desempenhado pelos pais se tornar mais activo, a criança continua a ser o centro dos esforços das intervenções.

Deste modelo evolui-se para um modelo “**centrado na família**”, por influência dos modelos Transaccional e Ecológico, em que o enfoque vai para a interdependência entre a criança e os seus contextos de desenvolvimento. Neste modelo, de acordo com as necessidades da família assim se “determinam” a prestação dos serviços. Este modelo reconhece a importância das relações entre a família nuclear e a família alargada, assim como com a comunidade em que a criança/família está inserida.

De acordo com Bailey & Mc William, 1993 e Mc Bride, Brotherson, Joanning, Whiddon & Demmitt, 1993, citados por Pimentel (2005:54), “o objectivo deste modelo de intervenção é melhorar o bem-estar da família como um todo”.

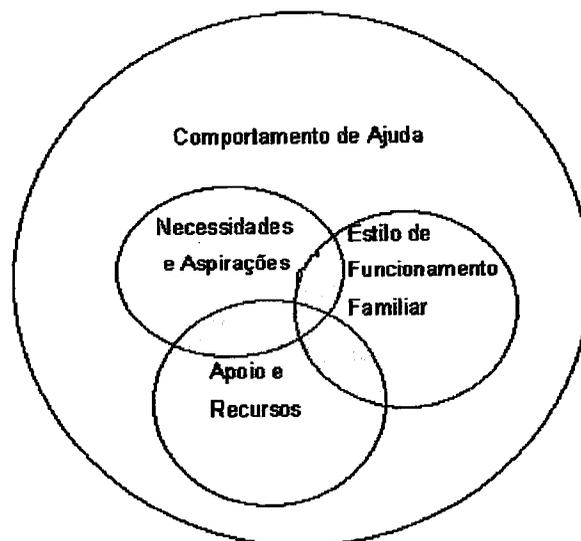
Do ponto de vista legal a LP 99-457 de 1986 e a sua rectificação pela PL 102-119 IDEA de 1991, são o suporte legal organizacional, financeiro e científico preconizado nos EUA. Esta legislação a nível dos EUA estabelece uma política nacional em IP e o seu conteúdo referencia o papel da família reconhecendo-o como primordial no desenvolvimento da criança. Esta lei é constituída por duas partes, a H que se diferencia da parte B em dois aspectos, a idade de atendimento das crianças e o foco da intervenção. Assim segundo a parte H a unidade fundamental de intervenção é a criança e a família e tem por base a elaboração e desenvolvimento do **Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF)** pela família em colaboração com o profissional, o responsável de caso. O PIAF permite fazer uma avaliação dos recursos, necessidades, prioridades da família, a definição de objectivos e a forma como dar resposta à situação identificada (Correia e Serrano, 2000:25).

É então no final da década de 80 que se reconhece o papel activo dos pais no processo de intervenção. O alvo das intervenções passa a ser a família

e a criança, sendo a família receptora de serviços porque apresenta também as suas necessidades específicas, como por exemplo, a nível de recursos e informações diversas.

O **modelo de avaliação e intervenção** de Dunst, Trivette e Deal (1988), constitui a base de uma abordagem centrada na família. Este modelo é constituído por quatro componentes que apesar de distintos estão interdependentes no processo de avaliação e intervenção.

Figura 6 – Componentes do Modelo de Avaliação e Intervenção (Dunst, Trivette e Deal 1988)



Fonte: Componentes principais das práticas de intervenção baseadas nos recursos (Dunst, Trivette e Deal 1987, p. 84).

O comportamento de ajuda deve basear-se na **capacitação** da família para se tornar competente na resolução dos problemas relacionados com as suas **necessidades e objectivos**, através da promoção da aquisição de **competências** que apoiem e fortaleçam o funcionamento familiar, para que

sejam os próprios a atingir os objectivos que desejam. Assim um programa de apoio à família deve ter como objectivos capacitar e responsabilizar a família pela promoção e aumento das capacidades individuais e familiares que apoiam e fortalecem o funcionamento familiar de tal forma que seja capaz de procurar estratégias para a resolução das suas necessidades.

De acordo com os mesmos autores, os principais objectivos da avaliação inicial no âmbito da intervenção centrada na família são os seguintes:

- 1) Identificar as necessidades, prioridades ou preocupações da família;
- 2) Ajudar a família a identificar e utilizar as suas forças e competências para procurar recursos de forma a melhorar o funcionamento familiar, ou seja reforçar as capacidades da família;
- 3) Identificar e localizar os recursos e redes de apoio social que possam contribuir para a resposta às necessidades da família;

Se este processo tornar a família mais competente e mais apta para mobilizar recursos intra e extra familiares, com efeitos positivos na criança, nos pais e no funcionamento da família no geral a família adquire autonomia, os autores defendem que o enfoque da intervenção deverá ter como estratégia principal o "habilitar" a família.

Dunst e os seus colaboradores abordaram em investigações aspectos como as necessidades da família, os seus recursos, o tipo de funcionamento e as redes de apoio social e concluíram que a abordagem tendo por base os recursos era mais abrangente em oposição ao modelo baseado nos serviços.

Em Portugal, o desempenho dos pais é reconhecido como ponto fulcral da intervenção, e está reflectido no Despacho Conjunto 891/99 de 19 de Outubro. Neste documento os conceitos, as características e os eixos de IP são claros no que refere ao envolvimento da família durante a intervenção. A

filosofia da IP determina que os pais sejam participantes activos na intervenção com a criança. Actualmente caminha-se no sentido de "ganhar" os pais como mediadores e parceiros na prestação de serviços de IP para os seus filhos.

O envolvimento familiar, em IP, deverá ser reconhecido como a resposta às necessidades da família como um todo e não como forma de dar respostas unicamente às necessidades da criança. O que se pretende é capacitar a família, partilhar poder e informação e identificar os recursos formais e informais existentes na comunidade para que esta se torne confiante no desempenho dos seus papéis.

De acordo com Wolery, Strain e Bailey (1992), citados por Correia e Serrano (2000:24) a implementação prática de serviços de IP centrados na família obedece a princípios como:

Os serviços devem reconhecer a família como um todo e a criança como parte integrante desse todo;

Os serviços devem apoiar as famílias na tomada de decisões, na procura de recursos de forma a tomarem-se independentes dos profissionais;

As necessidades da família e os recursos deverão determinar a natureza e frequência dos serviços a prestar;

Os serviços devem ajudar a família a alcançar o estilo de vida que teoricamente seria esperado para aquela família se não existisse aquela criança com NEE ou de risco;

Os serviços devem ser sensíveis a diversidade cultural das famílias;

Os serviços devem ser individualizados porque cada família apresenta dinâmicas, necessidades, perspectivas e objectivos diferentes;

Os serviços a prestar às famílias devem resultar da coordenação de diferentes serviços.

Assim, em termos de filosofia do programa de IP uma abordagem teórica ecossistémica e transaccional, com práticas baseadas num modelo de fortalecimento das competências da família, é aquele que melhor se adequa a um modelo de prestação de serviços centrado na família.

A abordagem centrada na família, de entre as práticas recomendadas, é do ponto de vista teórico bem aceite pelos técnicos, mas na prática constata-se uma grande dificuldade na sua aplicação (Almeida, 2000:5).

Esta abordagem pode ser vista como um processo ou uma filosofia em que a família é reconhecida como única, com as suas características, forças e valores próprios.

3 – PRÁTICAS CENTRADAS NA FAMÍLIA: IMPLICAÇÕES

Trabalhar com as famílias é envolver a comunidade no processo de intervenção de forma contínua, articulando e otimizando os recursos formais e informais (Correia et al., 2003:20).

As práticas centradas na família como princípio, reserva às famílias o direito de tomar as decisões, e quem providencia serviços deve respeitar os direitos das famílias e as suas preferências. O processo de decisão deve incluir a identificação das necessidades da família, o estabelecimento de objectivos e prioridades de intervenção da família, a escolha de estratégias de intervenção e a selecção dos serviços necessários (Serrano, 2004:19). Assim, será a família que escolhe o seu nível de envolvimento no planeamento do programa, nos processos de tomada de decisão e na implementação dos serviços. Desta forma a família constitui-se como elemento comum e central das práticas centradas na família.

Ao técnico compete o dever de respeitar e ter em consideração os objectivos e os serviços prioritários escolhidos pelas famílias, mesmo quando essas prioridades diferem substancialmente das prioridades dos profissionais. Assim, a família constitui-se como elemento comum e central das práticas centradas na família.

O técnico deve acreditar que as famílias são capazes de tomar decisões, mesmo as famílias que possam apresentar dificuldades em tomar decisões, pois com orientação e apoio, podem ser participantes activos nas decisões.

Este tipo de abordagem requer dos profissionais uma enorme dimensão humana, um conhecimento profundo relativamente aos atributos, capacidades, talentos, recursos e expectativas das famílias. Os profissionais dos serviços centrados nas famílias devem por isso estar comprometidos em usar estes atributos e recursos para ultrapassar as necessidades das famílias, evitando formular juízos precipitados sobre a competência das famílias a quem prestam apoio. O profissional torna-se um recurso e apoio da família responsável por

ajudá-la a identificar os objectivos da intervenção e por lhe fornecer toda a informação que permite a tomada de decisão e favorecendo a sua autonomia.

Outra viragem significativa na abordagem centrada na família, é a forma como entendemos a família e como são definidos os serviços. Em lugar de apreender as necessidades de serviço da família, numa perspectiva de défice, ela é vista como tendo as suas capacidades e pontos fortes, que podem ser utilizados como recursos válidos na intervenção. Os pontos fortes das famílias e as suas necessidades determinam o tipo de serviços, bem como os recursos necessários para responder às necessidades identificadas.

Desta forma, a abordagem centrada na família trás um aspecto inovador na forma de entender a família e na forma de definir serviços para a mesma. A perspectiva de défice desaparece para dar lugar a "uma visão mais positivista da família", a intervenção é delineada de acordo com as capacidades e pontos fortes da família, os quais constituem uma mais valia para a referida intervenção.

Este tipo de abordagem implica alterações ao nível da prática dos profissionais e requer a aquisição de novas competências para a intervenção com as famílias.

A abordagem baseada num modelo de funcionamento positivo da família, o reforço ou aquisição de competências que permitam um funcionamento parental adequado, a relação de parceria entre pais e técnicos, a ênfase posta nas soluções para os problemas e finalmente a procura activa de soluções, são características principais do modelo de avaliação/intervenção que contribuem para o desenvolvimento das famílias.

Brown, Thurman e Peari (1993), citados por Pimentel (1997:159), consideram que este tipo de abordagem assenta em pressupostos que eles resumiram nos seguintes pontos:

"1 - Reconhecimento que a família é uma constante na vida da criança, enquanto que os contextos de intervenção são temporários;

2 - Facilitação da colaboração família/profissional no desenvolvimento, implementação e avaliação dos programas para a criança;

3 - Partilha de toda a informação relativa ao estado e comportamento da criança;

4 - Implementação de programas que incluam apoio e suporte para a família e serviços específicos para a criança;

5 - Reconhecimento da individualidade das famílias, incluindo os seus recursos e formas de enfrentar a situação;

6 - Compreensão das necessidades desenvolvimentais das crianças com deficiência;

7 - Encorajamento dos sistemas de apoio informais entre os pais;

8 - Delineamento de políticas e procedimentos que levem a um sistema coordenado, flexível, acessível e que corresponda às necessidades específicas de cada família;

9 - Reconhecimento e respeito pelas diferenças culturais.

De acordo com esta perspectiva, o primeiro objectivo de qualquer programa de IP deverá ser o apoiar à família para que esta determine os seus próprios objectivos, para que consiga desenvolver as suas próprias redes de suporte e também promover as suas competências e capacidades.

De acordo com Pereira (2005:2), com esta nova abordagem o apoio à família é redefinido e exige que os profissionais:

- a) *respondam às famílias tendo em conta os seus recursos, preocupações e prioridades;*
- b) *identifiquem e reforcem o papel que a família quer adoptar acerca das decisões a tomar;*
- c) *providenciem de forma coordenada serviços abrangentes que englobem a criança e a sua família.*

Esta autora acrescenta ainda que os novos papéis exigidos ao profissional de IP requerem competências que não fazem parte dos seus programas de formação. Assim, consideramos que a formação dos profissionais em IP deve estender-se para além de uma abordagem didáctica, considera necessário um complemento prático através de trabalho interactivo com as famílias sob supervisão, para que os profissionais possam vivenciar, observando, praticando e reflectindo algumas das capacidades e competências que foram adquirindo ao longo do seu processo de formação.

4 - CONTEXTOS DE INTERVENÇÃO

A natureza da IP como processo é influenciada pelos sistemas e contextos nos quais ela ocorre. No contexto actual da IP, tendo por fundamentação teórica essencialmente a teoria dos sistemas sociais, valoriza-se a influência dos contextos mais alargados no desenvolvimento da criança/família.

Os profissionais de IP trabalham em diversos contextos pelo que o conhecimento das características dos mesmos é necessário para a eficácia da intervenção. A intervenção varia relativamente à intensidade, duração, filosofia subjacente, especialização dos profissionais e principalmente pelas características da criança/família.

Apesar de no nosso país, os contextos de intervenção ser habitualmente o domicílio, a creche/jardim-de-infância e a Unidade de Intervenção Precoce, alguns programas de IP já não se "limitam" aos serviços dos profissionais e procuram os recursos da comunidade, nomeadamente actividades nas quais a criança tem oportunidade de promover o seu desenvolvimento e as suas competências.

4.1 – Apoio domiciliário

A intervenção domiciliária é direccionada para a família para que melhore as suas interacções com a criança e aumente-lhe as oportunidades de aprendizagem. A frequência das visitas podem variar entre uma vez por mês e duas vezes por semana, dependendo nomeadamente da condição da criança/família. O responsável de caso deve fazer visitas domiciliarias semanais para ajudar a família a implementar intervenções recomendadas por profissionais de diferentes disciplinas. Os restantes elementos da equipa farão

visitas domiciliárias, com o responsável de caso, em situações pontuais e de acordo com as necessidades da família.

Este tipo de apoio, geralmente é prestado a crianças até aos 36 meses de idade.

Num modelo de intervenção centrado na família, a casa é o contexto ideal para colher informação sobre as preocupações e prioridades da família, assim como para planear e implementar as intervenções com a família. O domicílio torna-se o ambiente propício para partilhar toda a informação assim como perceber as necessidades específicas dessa criança/família.

A visita domiciliária serve para prestar **apoio emocional** ("força", responsabilidade, orientação a toda a família, amizade...), **apoio material** e **apoio em termos informativos**.

Bailey e Wolery (1992), referem algumas desvantagens que podem estar inerentes ao apoio domiciliário. Verifica-se um acréscimo de "trabalho" para os pais que podem não querer assumir essa responsabilidade ou não ter disponibilidade em termos de tempo, ou emocional. A família tem o direito de se sentir cansada da criança por se sentir pouco liberta da responsabilidade de cuidadora da mesma.

Bailey e Smeonsson (1998), referem a questão das competências necessárias para o profissional que presta o apoio domiciliário implica responsabilidades de aconselhamento acrescidas e exigências de gestão de caso mais complexas.

Características-chave do domicílio

Actualmente a família é entendida como o centro dos serviços de IP, enquanto que o domicílio é o centro da vida familiar, o que permite aos profissionais observar e participar em alguns momentos que ocorrem no círculo interno da família, no microssistema principal tal como refere Bronfenbrenner

(1979). O domicílio representa mais que um espaço físico, é sobretudo um espaço social e emocional, que reflecte valores crenças, costumes e atitudes da família o que permite um conhecimento mais profundo da dinâmica familiar.

Para além dos aspectos físicos do ambiente familiar que inclui a localização, os recursos materiais, o acesso à comunidade, questões relacionadas com a higiene, saúde e segurança as quais influenciam a intervenção, temos as características sociais e emocionais, tais como o tamanho do agregado familiar, os padrões de interacção e hábitos que são factores a considerar.

As visitas domiciliárias devem ser marcadas de acordo com a disponibilidade das famílias e implicar todos os prestadores de cuidados.

Participação das famílias

Dado o facto dos programas domiciliários disponibilizarem de pequenos períodos para contacto directo com a criança o enfoque do trabalho vai direccionado para os pais no sentido de lhe oferecer linhas orientadoras para a intervenção com o filho.

Numa perspectiva mais abrangente o profissional é encarado como um prestador de apoio à família que "trabalha" as necessidades e prioridades do ponto de vista familiar do que resulta menos intervenção directa com a criança.

Para que o apoio no domicílio resulte é necessário que a planificação da intervenção tenha em conta aspectos como:

A família deve ter a oportunidade de desempenhar um papel significativo na planificação da intervenção;

É necessário enfatizar que a intervenção é centrada na família;

Deve haver uma lista de objectivos funcionais;

As famílias devem falar sobre as suas rotinas diárias;

Depois do relato das rotinas os profissionais questionam e aproveitam para fornecer informações necessárias;

Apesar do que foi referido, é essencial que se respeite o papel que os pais querem assumir neste processo bem como as suas tomadas de decisão.

4.2 - Apoio em creche / jardim-de-infância

As creches ou infantários/jardins-de-infância são contextos de intervenção com características inclusivas. Este processo dinâmico, contínuo e interdependente enquadra-se no modelo teórico transaccional que já foi referenciado relativamente à sua influência na área da IP.

A intervenção assume relações entre os indivíduos exercendo-se influências mútuas. A participação das crianças com NEE, neste contexto inclusivo vai mudar toda a dinâmica e interações que no seu âmbito ocorrem. É importante que os técnicos de IP tomem conhecimento sobre a dinâmica e expectativas dos profissionais para aquela criança, porque só assim poderão ser aproveitadas todas as vantagens que estes oferecem às crianças.

Outro aspecto a considerar é o conhecimento sobre as rotinas e características do grupo de crianças. A colaboração entre os profissionais implicados no processo requer uma planificação conjunta, avaliação aconselhamento e apoio aos educadores (Craig, 1997). Além da intervenção directa com a criança, o papel do técnico de IP alarga-se à intervenção com outras crianças e apoio ao pessoal da instituição.

Bailey e Wolery (1992), referem aspectos positivos da prestação de serviços de IP em contextos regulares. Para além de um acréscimo de oportunidades de interacção com outras crianças, o facto de criança com deficiência participarem em actividades de grupo e integrarem as rotinas da

vida diária e de jogo da sala, irá facilitar a sua transição para contextos escolares.

4.3 - Apoio em Unidade de Intervenção Precoce

Relativamente ao apoio o em Unidades de IP tem sido alvo de alguma polémica e apresenta-se em contradição com alguns dos fundamentos conceptuais da IP, como por exemplo os serviços centrados na família, a prestação de serviços em contextos naturais e utilização dos recursos da família e da comunidade na prestação de serviços.

Este contexto de apoio, numa perspectiva tradicional, é um contexto segregado no qual, através de uma equipa especializada, se prestam serviços educativos e terapêuticos a crianças com deficiência, com atrasos de desenvolvimento ou em risco, a tempo inteiro, sempre com o objectivo de maximizar o desenvolvimento da criança e na maior parte das vezes sem o envolvimento familiar.

Actualmente com as alterações dos modelos teóricos relativos à IP e com a adopção da perspectiva centrada na família, este contexto torna-se mais válido. Presentemente os pais estão mais envolvidos nos programas delineados para os seus filhos, podem assistir a sessões terapêuticas e depois em casa podem desenvolver essas actividades planeadas com os técnicos. Segundo Pimentel (2005:92), algumas destas crianças atendidas neste tipo de centros são apoiadas ambulatoriamente e estão também integradas em contextos educativos com outras crianças sem deficiência.

PATE II

ENQUADRAMENTO NORMATIVO/LEGAL DA INTERVENÇÃO PRECOCE

CAPITULO 1 – DOCUMENTOS / DIRECTRIZES NORMATIVAS NO ÂMBITO INTERNACIONAL E LEGISLAÇÃO NACIONAL

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da IP, no contexto internacional e nacional, teve por base o enquadramento legal de outras temáticas em torno das quais esta se desenvolveu. As iniciativas legislativas, inicialmente, surgem relacionadas com a prestação de serviços à criança com NEE, com deficiência ou em risco.

No contexto internacional o enquadramento legal surgiu de forma mais célere que em Portugal.

Salientaremos cronologicamente algumas directrizes comuns que contribuíram para o desenvolvimento da IP em ambos os contextos. Serão também abordadas algumas iniciativas legislativas que, apesar, de não serem o suporte legal da IP contribuiu para a implementação da legislação relativa a esta temática.

1 - NO ÂMBITO INTERNACIONAL E COMUNITÁRIO

Uma das directrizes que apoia os programas de IP é a **DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DA CRIANÇA**, proclamada pela ONU em 1959 sendo uma referência nesta área. A Assembleia-Geral ao proclamar esta Declaração pretende que "a criança tenha uma infância feliz e que goze dos direitos e liberdades nela enunciados. Apela também a todos os cidadãos, organizações locais, Governos nacionais e comunidade em geral para o reconhecimento destes Direitos e que se empenhem na sua observância através de medidas legislativas ou de outra natureza.

A Declaração refere no 5º Princípio, que "*à criança incapacitada física, mental ou socialmente serão proporcionados o tratamento, a educação e os cuidados especiais exigidos pela sua condição particular*".

A ASSEMBLEIA-GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS, constitui outro marco importante nomeadamente na área da deficiência. Foi celebrada a 3 de Dezembro de 1982, aprovou o **Programa de Acção Mundial para as Pessoas com Incapacidade**, no qual se reconhece a importância dos programas dirigidos à prevenção da deficiência e/ou complicações. Pretende-se que estes programas sejam organizados e desenvolvidos através de medidas preventivas e reabilitativas e tendo presente o princípio de igualdade de oportunidades. Posteriormente são aprovadas, em Dezembro de 1993, as **Normas sobre a Igualdade de Oportunidades para as Pessoas com Deficiência**. Estas Normas estabelecem como prioridade o atendimento das crianças com incapacidade, nos serviços de atendimento aos cidadãos. Ver onde fui buscar isto no computador portátil.

A CONVENÇÃO DOS DIREITOS DA CRIANÇA, de 1989, ratificada por Portugal, refere num dos seus artigos (vigésimo terceiro no ponto quatro, que um dos seus objectivos é "*promover a troca de informação, entre os Estados, no domínio dos cuidados preventivos de saúde e de tratamento médico, psicológico e funcional das crianças deficientes, incluindo também a troca de informação relacionada com os métodos de reabilitação e serviços de formação profissional permitindo assim aos Estados melhorar as suas capacidades e alargarem as experiências nesse domínio*".

A **Convenção**, ao contrário da **Declaração**, tem valor jurídico, "*comprometendo os governos que a ratificaram a proporcionar às crianças o desenvolvimento das suas capacidades sem fome, pobreza, violência, negligência ou outras injustiças e dificuldades, respeitando simultaneamente os seus direitos civis, económicos, sociais, culturais e políticos*" (Diciopédia, 2004).



Um marco importante a nível comunitário é o **Grupo de Trabalho da Comunidade Europeia – Eurllyaid** – fundado em 1989 por iniciativa do Professor Detraux da Universidade Livre de Bruxelas e de Mr. Heinen, Director dos Serviços de Apoio a Deficientes da comunidade Belga de língua alemã.

DECLARAÇÃO DA ASSEMBLEIA DE REABILITAÇÃO, celebrada em Auckland (1996), considera que sempre que seja possível, as deficiências deverão ser prevenidas através de programas de acção médica e social.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, teve um papel decisivo na consolidação e operacionalização de um novo quadro conceptual da funcionalidade e incapacidade humana. Em 2001 foi aprovada pela 54ª Assembleia Mundial de Saúde a nova "Classificação Internacional de funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF". A CIF não estabelece categorias diagnósticas, interpreta as características da pessoa em termos de estruturas e funções do corpo, e introduz um novo aspecto a interacção da pessoa com o meio (I Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade, 2006).

A nível dos EUA, o desenvolvimento deste tipo de programas “acompanhou” as iniciativas legislativas relacionadas com a prestação de serviços à criança com NEE, e foi com base nestas iniciativas legislativas que se organizou a legislação propriamente dita da intervenção precoce no referido país que foi implementada em 1986.

Em termos legislativos, a **implementação dos serviços de IP** surge em **1986** com a **PL 99-457**, “The Education for All Handicaped Children’s Act Amendments” e que hoje se intitula “The Individuals with Disabilities Education Act”, contém linhas orientadoras para uma política comum de IP. Esta vai proporcionar não só o suporte legal, mas também organizacional, financeiro e científico o que permite generalizar rapidamente a IP. A referida Lei contém linhas orientadoras sobre o atendimento das crianças com NEE ou em risco de desenvolvimento com idades compreendidas entre os 0 e 5 anos de idade. Quanto ao tipo de atendimento a desenvolver e o enfoque a dar à intervenção, a referida Lei, veio considerar duas formas distintas (parte H e B), dependendo da idade das crianças. Para as crianças com idades compreendidas entre os 0 e 3 anos de idade, a Lei na parte H preconiza que a unidade fundamental da intervenção é a família e tem por base a elaboração e desenvolvimento do **Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF)** pela família em colaboração com o profissional, o responsável de caso. O PIAF permite fazer uma avaliação dos recursos, necessidades, prioridades da família, a definição de objectivos e a forma como dar resposta à situação identificada (Almeida, 2000:7; Correia e Serrano:2000:25; Craveirinha, 2003:15).

Relativamente às crianças com mais de 3 anos, a Lei na sua parte **B** prevê uma intervenção centrada na criança apesar de reconhecer o papel que a família desempenha na intervenção. A intervenção desenvolve-se numa vertente educacional tendo por base um Plano Educativo Individual (PEI), que serve de orientação (Correia e Serrano, 2000:26).

2 - NO ÂMBITO NACIONAL

A nível de Portugal o que regulamentou a prática de IP até 1999, apareceu disperso pela legislação da Educação Especial e Educação Pré-Escolar (Bairrão e Almeida, 2002: 23).

No que refere ao atendimento das crianças com NEE nas escolas regulares, foi regulamentado pelo **Dec. Lei 319/91 de 23 de Agosto** que permite a integração das crianças na escola regular.

A **Portaria 611/93 de 29 de Junho** veio regulamentar a aplicação das medidas educativas consignadas no Dec. Lei atrás referido, às crianças dos Jardins-de-infância da rede pública do Ministério da Educação (Portaria 611/93: 3533; 3534).

Quanto à Educação Pré-Escolar foi regulamentada, pela Lei-quadro n.º5/97 de 10 de Fevereiro que preconiza a participação activa da família e pelas **Portarias 52/97 e 1102/97**.

Em 1994, por Despacho conjunto do Ministério da Educação, da Saúde e do Emprego e Segurança Social (Diário da República – II Série de 3/8/94), foi constituído um grupo de trabalho interdepartamental com o objectivo de reflectir sobre formas de organização e atendimento na área da IP. Na sequência dos trabalhos deste grupo surge o **Despacho conjunto 891/99 de 19 de Outubro** do Ministério da Educação, da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, que determina as orientações relacionadas com as práticas de IP (Pimentel, 2005).

Foi na década de 90 que surgiram, um pouco por todo o país, projectos de IP, enquadrados legalmente pelo **Despacho 26/95 do Ministério da Segurança Social** que regulamentou o programa "Ser Criança" e ainda pelas **Portarias 52/97 de 21 de Janeiro e 1102/97 de 3 de Novembro**, do **Ministério da Educação**.

A portaria 52/97 (uma revisão da Portaria 1095/95), aplica-se a instituições de educação especial tuteladas pelo Ministério da Educação, que em articulação com as equipas de Coordenação de Apoios Educativos, apresentem projectos conjuntos de IP, (Correia e Serrano, 2000: 29). Foram definidas condições de acesso de frequência dos alunos com NEE, que frequentam os estabelecimentos de associações e cooperativas do ensino especial sem fins lucrativos, bem como os apoios financeiros a conceder-lhes. Surge pela primeira vez uma definição de IP a qual é considerada como, "*(...) acções desenvolvidas em articulação com as equipas de educação especial, dirigidas às famílias e crianças entre os 0 e 6 anos de idade, com deficiência ou em situação de alto risco, em complemento da acção educativa desenvolvida no âmbito dos contextos educativos normais formais ou informais em que a criança se encontra inserida*" (Portaria, 52/97).

A Portaria **1102/97**, veio "garantir" as condições de educação para os alunos que frequentam as Associações e Cooperativas do Ensino Especial, que prestem determinados serviços. Entre esses serviços faz referência, no 1.º Artigo na alínea c), "*Às Actividades de intervenção precoce dirigidas a crianças com deficiência ou em situação de alto risco, em parceria com as equipas de coordenação dos apoios educativos*".

A mesma Portaria adianta ainda, no 2.º Artigo ponto 2 da alínea b) o que considera como actividades de IP não alterando o que já constava da portaria 52/97 quando esta faz referência ao significado de IP.

Em termos de financiamento existia uma grande variedade de iniciativas e parcerias que não estavam legalmente definidas pelo que os projectos de IP eram custeados quer pelo Ministério da Solidariedade e Segurança Social, como aconteceu com o programa "Ser Criança" ou através de acordos atípicos ou então pelo Ministério da Educação (Pimentel, 2005: 223).

No final da década de 90, mais precisamente em Outubro de 1999, foi publicado o **Despacho Conjunto n.º 891/99**, do Ministério da Educação, da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, que veio regulamentar as práticas de IP. Esta legislação está fortemente inspirada na legislação americana e como tal enfatiza o envolvimento da família, a existência da figura do "Responsável de Caso", a elaboração do PIAF (Plano Individual de Apoio à Família) em conjunto com a família, o trabalho integrado na comunidade, o trabalho em equipa constituída por técnicos de diversas áreas de formação e a coordenação de serviços.

Apesar da referida legislação ter sido publicada na década de 90, só entrou em vigor três meses após a sua publicação ou seja na presente década.

O quadro que se segue apresenta, de forma resumida, o actual enquadramento legal na área da IP, de acordo com o **Despacho Conjunto n.º 891/99 de 19 de Outubro**.

**Quadro Nº4 – Intervenção Precoce de acordo com o Despacho Conjunto
891/99**

INTERVENÇÃO PRECOCE	
DEFINIÇÃO	(...) define-a como <i>"uma medida de apoio integrado, centrado na criança e na família, mediante acções de natureza preventiva e habilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da acção social"</i> .
DESTINATÁRIOS	(...) destina-se <i>"às crianças até aos 6 anos de idade, especialmente dos 0 aos 3 anos, que apresentam deficiência ou risco de atraso grave do desenvolvimento"</i> .
CARACTERÍSTICAS DA IP	<ul style="list-style-type: none"> * <i>"O reconhecimento de que as necessidades das crianças só podem ser avaliadas e interpretadas no contexto familiar e social;</i> * <i>Uma lógica de acção local baseada no conhecimento das necessidades, dos problemas e dos recursos comunitários e das capacidades de fomentar compromissos e parcerias;</i> * <i>Uma actuação de natureza comunitária, desinstitucionalizada e assente em programas individualizados, desenvolvidos no domicílio, em ama, creche ou jardim-de-infância"</i>.

<p>OBJECTIVOS</p>	<p><i>* "Criar condições facilitadoras do desenvolvimento global da criança, minimizando problemas de deficiência ou do risco de atraso do desenvolvimento;</i></p> <p><i>* Optimizar as condições da interacção criança / família mediante a informação sobre a problemática em causa, o reforço das respectivas capacidades e competências, designadamente na identificação e utilização dos seus recursos e dos da comunidade, e ainda da capacidade de decidir e controlar a sua dinâmica familiar;</i></p> <p><i>* Envolver a comunidade no processo de intervenção de forma contínua e articulada, optimizando os recursos existentes e as redes formais e informais de interajuda".</i></p>
--------------------------	--

Fonte: Diário da República n.º 244 – II Série

PARTE III

**O PAPEL DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE INTERVENÇÃO PRECOCE NA
PERSPECTIVA DAS FAMÍLIAS**

CAPÍTULO 1 – ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO

INTRODUÇÃO

No presente capítulo procedemos à justificação do estudo, apresentamos o tema de investigação assim como as limitações do estudo.

1 – JUSTIFICAÇÃO DO TEMA

Este estudo torna-se importante na medida em que o meu percurso profissional passa por fazer parte de uma equipa de IP que funciona à 4 anos e temos como expectativa melhorar o nosso desempenho, para tal surge a necessidade de conhecer mais profundamente a população com a qual trabalhamos.

Por outro lado é um tema que se enquadra no Mestrado de Sociologia, na área da “Família e População”, tanto mais que as alterações demográficas e sociais da família e população a nível nacional apelam para uma política mais activa.

A IP enquadra-se numa perspectiva de valorização dos papéis sociais e da integração da pessoa com deficiência e a família é o recurso central da criança.

2 – TEMA DE INVESTIGAÇÃO

As actuais orientações tendo como base as perspectivas ecológica, sistémica e social preconizam o desenvolvimento de práticas centradas na família, capacitando a mesma de forma a tornar os seus elementos cada vez mais competentes, mais seguros e mais autónomos nos papéis que desempenham junto da criança.

Perante uma população cada vez mais heterogénea, a nível cultural e sócio-económico, assim como a estrutura familiar, o conhecimento da situação individual de cada família torna-se crucial para intervir de forma adequada.

Na expectativa de nos tornamos verdadeiros parceiros da família e caminharmos lado a lado, propomo-nos estudar **“O papel da família no processo de Intervenção Precoce, na perspectiva das famílias”**.

3 - LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A análise dos resultados e em particular as conclusões deste estudo devem entender-se tendo presente limitações de diversa natureza.

Relativamente à população, o facto de ser reduzida impede-nos de extrapolarmos os resultados do estudo. Relativamente a este facto não nos incomoda porque tendo em conta a população em estudo (família/criança dos 0 aos 6 anos), as suas características são muito particulares e com as mudanças sociais a nível da família interessa-nos pois conhecer aquelas com quem trabalhamos para aumentar a cumplicidade com o nosso objecto de estudo.

As repostas aos questionários centraram-se principalmente na opinião das mães, que são tradicionalmente as cuidadoras das crianças, o que nos limitou em relação à opinião dos restantes membros da família.

CAPITULO 2 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

INTRODUÇÃO

O mesmo problema pode ser abordado de diferentes maneiras, no entanto a escolha de um método pressupõe maneiras concretas de organizar a nossa investigação ou seja, é um plano de trabalho realizado em função de determinada finalidade.

Neste capítulo é definida a população em estudo, as questões, os objectivos e variáveis do estudo assim como o tipo de abordagem metodológica. Será feita uma abordagem sobre o instrumento de colheita de dados, sobre a recolha de dados e sobre os procedimentos para a análise dos dados.

1 – POPULAÇÃO EM ESTUDO

Em Ciências Sociais é usual que o tamanho da população definida de modo estatístico seja normalmente igual ao número de casos para os que pretendemos tirar conclusões

Segundo Polit (1995), população é “um conjunto de indivíduos (ou objectos), que partilham alguma característica em comum”.

Para a realização deste estudo definimos o universo das famílias/crianças, dos 0 aos 6 anos de idade apoiadas pelo PIPES até ao mês de Fevereiro de 2006. Esse universo inicialmente era constituído por 45 famílias, no entanto pela falta de colaboração de uma das famílias consideramos a nossa população 44 famílias com 46 crianças.

Neste estudo consideramos família as pessoas que vivem com a criança porque acabam por ser os cuidadores da criança.

2 – QUESTÕES DO ESTUDO

De acordo com Quivy e Campenhoudt (1992), as perguntas de partida devem “ *ter um certo número de qualidades de clareza, de exequibilidade e de pertinência.*” Assim sendo considero que as perguntas de partidas aqui delineadas são claras, concisas, realistas e pertinentes porque visam uma intenção compreensiva e não meramente filosófica.

1- Qual o tipo de famílias apoiadas pelo PIPES?

2 - Quais as expectativas da família sobre a prática da Intervenção dos Técnicos?

3 - Quais as suas necessidades, prioridades e recursos na perspectiva da Família?

4 - Qual o papel desempenhado pela família no processo de Intervenção?

5 - Como percepciona a família os serviços prestados pelos técnicos?

3 – OBJECTIVOS DO ESTUDO

O objectivo deve ser especificado de forma clara, simples e facilmente mensurável porque é através dele que podemos avaliar os resultados da nossa investigação. Assim, este não é mais que o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível que pretendemos alcançar.

Objectivo geral:

- Caracterizar o papel desempenhado pela família no processo de Intervenção Precoce na perspectiva da família;

Objectivos específicos:

- 1- Identificar e caracterizar as crianças/famílias apoiadas pelo PIPES;
- 2- Identificar as expectativas da família sobre a prática da Intervenção;
- 3- Descrever as necessidades, prioridades e recursos da família;
- 4 – Avaliar os resultados da Intervenção dos técnicos segundo a perspectiva da família;

4 – VARIÁVEIS

Kerlinger (1980) refere que o problema de pesquisa deve expressar a relação entre duas ou mais variáveis. Assim torna-se relevante em qualquer pesquisa a definição das variáveis dependentes e independentes suja com clareza e objectividade.

Segundo Marconi (1990) há que ter presente e procurar controlar todas as variáveis que possam interferir no estudo.

As variáveis dependentes e independentes distinguem-se pela função que desempenham no estudo em causa.

4.1 – Variável Dependente

Para Polit (1995) A variabilidade da variável dependente é influenciada pela variabilidade da variável independente.

A variável dependente é aquela que pretendemos medir.

“ O papel da família no processo de Intervenção Precoce, nas crianças dos 0 aos 6 anos de idade”.

Os indicadores seleccionados para medir a variável dependente estão relacionados com o conhecimento que as famílias têm sobre a situação da criança, necessidades, prioridades e recursos da criança/família assim como o seu papel na Intervenção.

- Conhecimento da situação da criança/família;
- Integração da criança/família no PIPES;
- Avaliação da criança/família no âmbito do PIPES;
- Plano de Intervenção;

4.2 – Variáveis Independentes

Segundo Polit (1995) uma variável independente é *aquela que influencia a variável dependente*”.

As variáveis independentes contempladas neste estudo são as sócio-demográficas e todas as restantes que constituem o questionário as quais estão relacionadas com os conhecimentos que a família tem sobre a problemática e intervenção na criança/família.

5 – ABORDAGEM METODOLÓGICA

A abordagem do estudo é quantitativa, o que implicou antes de iniciar a investigação criar um plano estruturado do qual fazia parte a definição do problema, os objectivos, a escolha do tipo de instrumento de colheita de dados e a revisão da literatura.

É um estudo Descritivo e Exploratório porque pretendemos estudar e descrever o Papel da família no processo de Intervenção Precoce na perspectiva da família. Consideramo-lo exploratório porque existem poucos estudos nesta área e aquela população nunca foi objecto de estudo.

É também um Estudo de Caso porque privilegia o estudo de poucos casos num contexto limitado, no entanto constitui um estudo muito aprofundado do objecto de estudo (Yin, 1998).

Os resultados obtidos não são generalizados, aplicam-se só à população em estudo.

6 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Para este tipo de estudo, Carmo, e Ferreira (1998: 213) referem o questionário como o instrumento de colheita de dados de eleição.

Foi escolhido o questionário semi-estruturado porque este instrumento deixa a população mais desinibida para responder às questões uma vez que foi informada sobre o anonimato. As respostas são mais autênticas porque há menos risco de distorção pela não influência do investigador e obtemos maior uniformidade na avaliação em virtude da natureza impessoal do instrumento.

O questionário foi elaborado pelo investigador de acordo com a teoria em Intervenção Precoce nomeadamente a filosofia defendida a nível da importância do papel da família em todo o processo e de acordo com os objectivos do estudo.

Antes da elaboração do instrumento foram consultados instrumentos de colheita de dados utilizados em investigações (na área da IP) por investigadores de renome a nível nacional como, o Sr. Professor Doutor Joaquim Bairrão, Luís Miranda, Francisco Leitão, Doutora Ana serrano, Júlia Pimentel, Maria Teresa Coutinho, M. da Conceição Mota, Olívia Carvalho, M. Elisa Veiga, Isabel Felgueiras, Ana Almeida, Isabel Almeida etc.

Tendo presente os objectivos do estudo e a filosofia da IP, construímos o questionário que foi analisado por pessoas com experiência e ligadas à temática.

O questionário sujeito a um pré-teste que foi aplicado em Janeiro de 2006, a 10% de crianças/famílias que já tinham sido apoiadas pelo PIPES e que foram escolhidas por terem sido as últimas sair do programa. Pretende-se com este procedimento validar o instrumento aumentando-lhe a confiabilidade o que nem sempre garante a obtenção de resultados isentos de erro.

O instrumento não sofreu nenhuma alteração e foi aplicado durante o mês de Março de 2006.

O questionário é constituído por VII blocos devidamente identificados, os primeiros destinam-se à caracterização sócio – demográfica da população em estudo e são de menor dimensão. A partir do IV bloco destinam-se a medir a variável dependente, é através do conhecimento e envolvimento da família sobre a problemática da criança e o relacionamento com a equipa que vamos identificar o papel da família no processo de IP.

O questionário tem na sua constituição, perguntas fechadas, abertas e mistas que são constituídas por variáveis com escalas de medida nominal, ordinal, intervalar e dicotómicas.

A ordem das questões é das mais simples para as mais complexas com o objectivo de facilitar o inquirido e assegurar a colaboração do mesmo para o total preenchimento do questionário não o assustando inicialmente com questões mais difíceis de responder (Hill, 2005 e Maroco, 2003).

7 – RECOLHA DE DADOS

Foi dado conhecimento informal a todas as famílias do estudo pela Coordenadora do PIPES que um dos elementos da equipa pretendia realizar o estudo académico, no sentido destas manifestarem o seu acordo ou desacordo.

Foi feito o pedido a níveis superiores, à Sra. Coordenadora Distrital, Dra. Cristina Miranda que respondeu positivamente e colocou à disposição alguns resultados sobre a IP a nível do Alentejo tratados pela mesma.

Posteriormente, foi enviado pelo correio o pedido formal junto ao questionário às famílias e um envelope selado através do qual nos foram devolvidos devidamente preenchidos.

A recolha dos dados foi realizada durante o mês de Maio de 2006.

8 – PROCEDIMENTOS PARA TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

O tratamento estatístico deste estudo foi orientado numa vertente descritiva.

Iniciamos com a análise descritiva efectuando a caracterização das crianças e respectivos agregados familiares. Efectuamos medidas de tendência central e dispersão, frequências absolutas e relativas.

Foram utilizados, quadros, figuras tabelas principalmente gráficos porque facilita a leitura e interpretação ao leitor.

Relativamente às perguntas abertas, nº 1.4.1 (parte IV), nº 4.1 e 4.2 (parte V), e a nº4 (parte VI) do questionário, foram tratadas através da análise de conteúdo a qual pode ser uma análise de “significados”.

Berelson citado por Carmo e Ferreira (1998) referem que este autor definiu a análise de conteúdo como *“uma técnica de investigação que através de uma descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas*

comunicações”. Acrescenta ainda que a análise de conteúdo deve ser objectiva, sistemática e quantitativa.

Posteriormente Grawitz (1993) põe em evidência a inferência alargando assim a técnica mas a descrição quantitativa não é valorizada.

Bardim (1977) é mais abrangente ao definir análise de conteúdo realçando a importância não tanto da descrição que é necessária mas sim o que as comunicações possam significar.

Esta autora define a análise de conteúdo como “ *um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens*”.

Apesar do tipo de análise de conteúdo ser quantitativa será uma análise de exploração e indirecta porque para além do que é manifesto no discurso, por inferência, existe a possibilidade de recolhermos mais informação que poderá ser de grande utilidade.

Apesar da análise de conteúdo não implicar necessariamente uma quantificação, (Vala, 1977), nesta última fase procedeu-se à análise de ocorrências de uma das questões. A análise de ocorrências tem por objectivo determinar o interesse manifesto pela fonte relativamente a diferentes objectos ou conteúdos (Vala, 1986).

CAPÍTULO 3 – TRATAMENTO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

INTRODUÇÃO

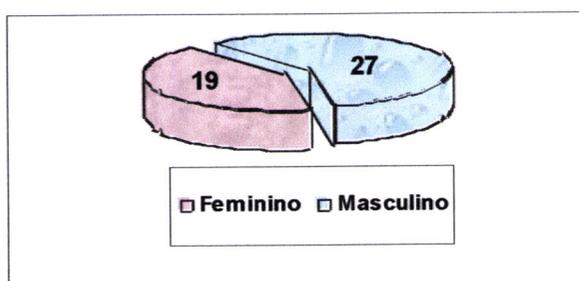
Este capítulo apresenta o tratamento estatístico e análise descritiva dos resultados e o tratamento das perguntas abertas, atrás referidas, através da análise de conteúdo.

1 – ANÁLISE DESCRITIVA

1.1 - Caracterização das crianças em estudo

Relativamente às 46 crianças que constituem a nossa população em estudo 27 são do sexo masculino, o que representa 58,7% da população em estudo, e 19 do sexo feminino (41,3%).

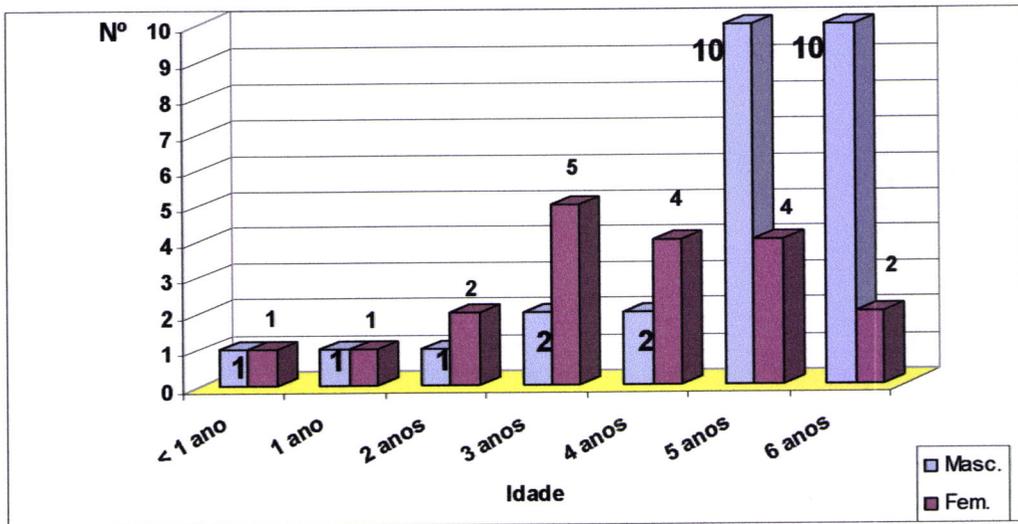
Gráfico Nº11 – Distribuição das crianças por sexo



A idade das crianças, à data da aplicação dos questionários variava entre os 4 meses e 6 anos. A idade mais frequente verifica-se no sexo masculino e são os 5 e 6 anos com 37% respectivamente. Relativamente ao sexo feminino a maior frequência verifica-se aos 3 anos com 26,3%, seguido dos 4 anos com 21%.

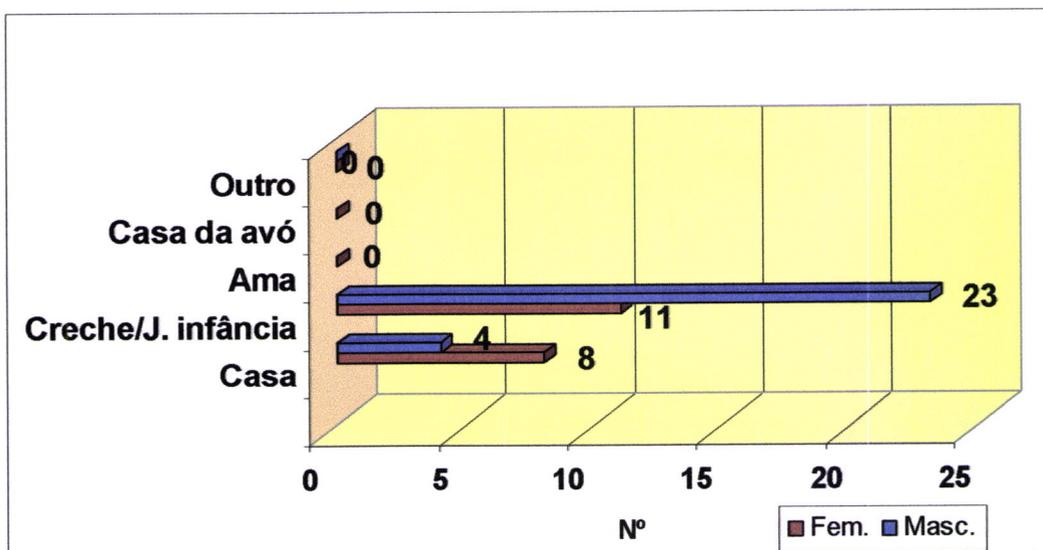
A média de idade do sexo masculino e feminino é de 4,7 e 3,7 respectivamente.

Gráfico Nº12 – Distribuição das crianças por idade e sexo



Relativamente à variável “Contexto sócio-educativo” podemos observar no gráfico Nº13 que a Creche /J. Infância é o contexto mais escolhido para as crianças verificando-se que 85,2% é do sexo masculino e 58% do sexo feminino. Em casa permanece uma percentagem de 42% do sexo feminino superando o sexo masculino que apenas 14,8% escolhem o domicílio com contexto sócio-educativo.

Gráfico Nº13 – Distribuição segundo o contexto sócio-educativo



Em seguida vamos fazer um levantamento sobre quem detectou o problema, que idade tinha a criança nesse momento e qual a problemática/dificuldades da criança na perspectiva da família.

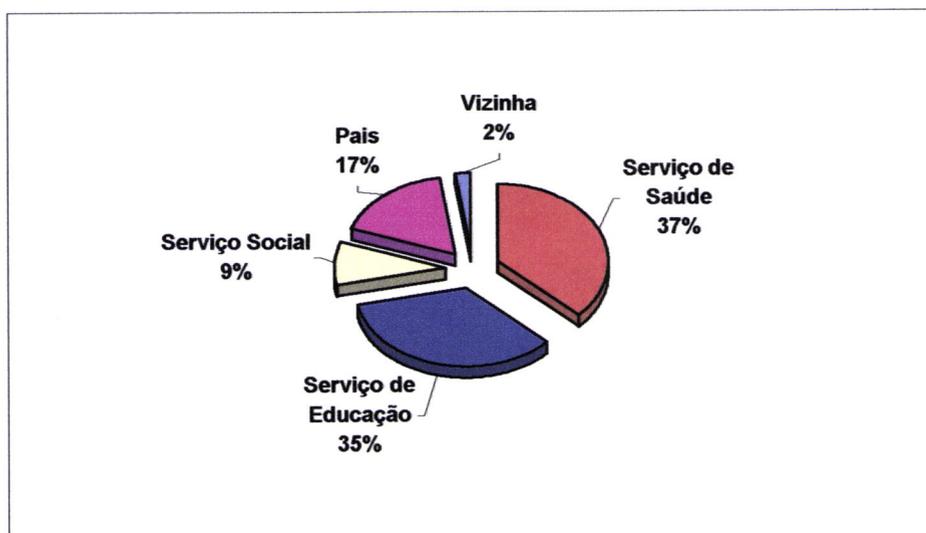
Como podemos observar no gráfico nº 24 há dois serviços que conjuntamente detectaram 72% das situações ou seja dos problemas das crianças. Assim o serviço de Saúde detectou 37% (17) dos problemas e o Serviço da Educação 35% (16).

É de salientar que os pais demonstraram ser intervenientes activos, 17% conseguiram detectar o problema da sua criança.

O Serviço Social tomou conhecimento de 3 situações o que representa 9% da nossa população.

Apesar de só uma situação ter sido detectada pela vizinha é de realçar porque habitualmente caminhamos na vida de forma acelerada que não vimos o que está ao nosso lado.

Gráfico Nº 14 – Distribuição das crianças por serviços ou pessoas que detectaram o problema



De acordo com a literatura o problema deve ser detectado o mais precocemente possível para permitir que o desenvolvimento da criança seja o mais idêntico ao que era esperado numa situação em que não há problema. A IP destina-se preferencialmente às crianças/famílias até aos 3 anos de idade (....).

Ao analisarmos a tabela nº 1 verificamos que até 1 ano de idade foram identificados os problemas a cerca de 20% da população o que corresponde a 9 crianças.

Entre 1 e 3 anos temos a grande percentagem (43,5%) de casos identificados (20).

As crianças com 4 anos que lhe foram identificadas o problema são em número absoluto 14 o que corresponde a 30% da população, esta engloba geralmente as crianças com problemas de comunicação/linguagem e que são seguidas nos anos posteriores.

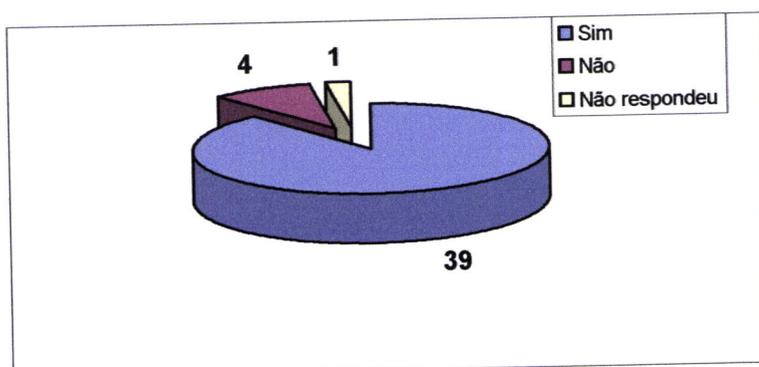
A média de idades é de 2.6 anos e o desvio padrão de 1.66.

Tabela 1 – Distribuição das crianças segundo a idade a que lhe foi detectado problema

IDADE	Nº	%
À nascença	4	8,8
<1 Ano	5	10,9
1 Ano	5	10,9
2 Anos	6	13,0
3 Anos	9	19,6
4 Anos	14	30,4
5 Anos	1	2,2
6 Anos	2	4,3
Total	46	100.0

As nossas famílias foram informadas sobre a situação da criança em cerca de 89% (39). Das restantes (4) dizem não terem sido informadas e 1 não responde como podemos observar no gráfico nº 25.

Gráfico Nº 15 – Distribuição das famílias segundo receberam, ou não, informação sobre o problema da criança



Antes de iniciar a análise da tabela convém informar que cada criança pode ter mais que um problema.

A categoria “Outras” apresenta uma percentagem superior a todas as outras, 30,8% que englobam o risco sócio-ambiental, problemas do comportamento, perturbações do foro emocional/personalidade, défice cognitivo e problemas de interacção (espectro autista). Nesta categoria incluem-se praticamente metade da população (20).

Segundo a opinião dos inquiridos os problemas relacionados com a linguagem representam 29,2 % o que em termos absolutos significa afectarem 19 das crianças.

Na categoria ADG (Atraso no desenvolvimento global) temos incluído 8 crianças (12.3%) ou seja estas crianças ainda não atingiram o desenvolvimento esperado no caso da não existirem problemas.

Dificuldades motoras são identificadas em 9,2% da nossa população e no nível imediatamente inferior temos 5 (7,7%) crianças com dificuldades auditivas.

Na opinião dos inquiridos 6,2% das crianças não apresenta dificuldades.

As dificuldades que atingem menor percentagem da nossa população são as relacionadas com a visão (4,6%) o que está de acordo com os Censos de 2001 uma vez que esta problemática atinge os grupos etários superiores.

Tabela 2 – Distribuição do tipo problemática pelas crianças, segundo a opinião dos inquiridos

Problemáticas	Nº	%
Sem dificuldades	4	6,2
Atraso no desenvolvimento global (A.D.G)	8	12,3
Motoras	6	9,2
Visuais	3	4,6
Auditivas	5	7,7
Linguagem	19	29,2
Outras	20	30,8
Total	69	100.0

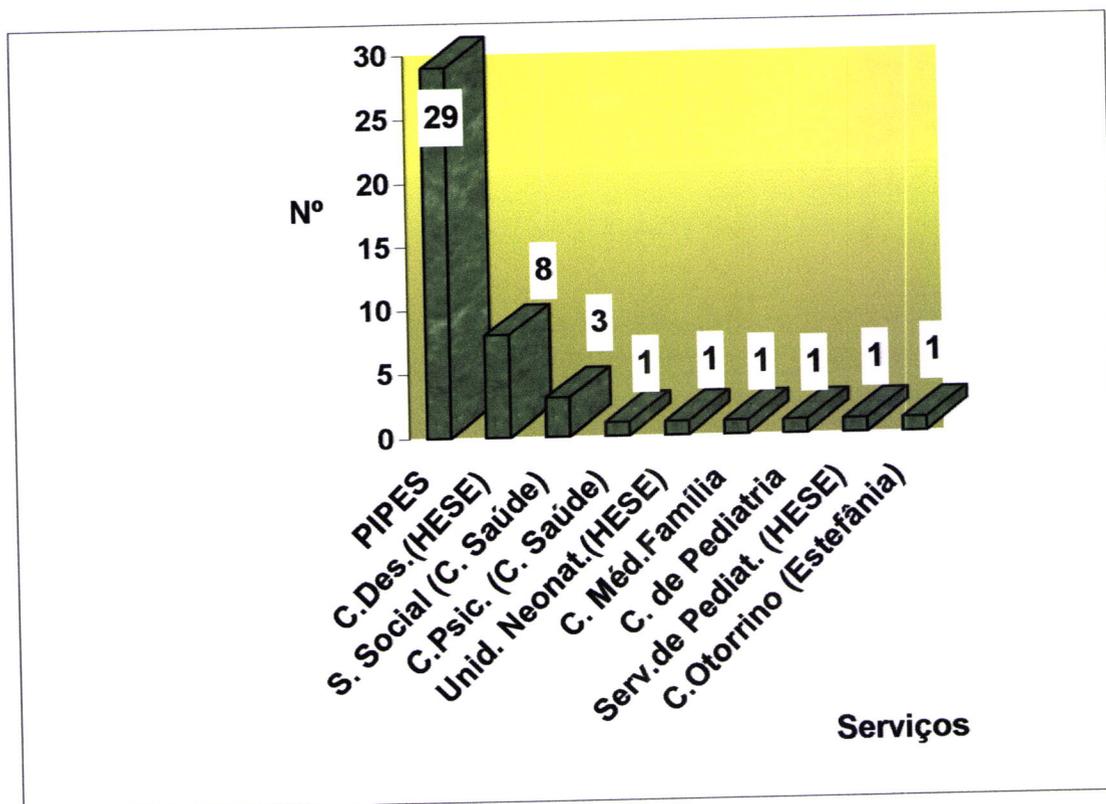
Após conhecimento da situação a família/criança foi encaminhada para diversos serviços ou especialidades.

Para o nosso programa (PIPES), foram encaminhadas 29 crianças, e na Consulta de Desenvolvimento do HESE (Hospital Espírito Santo de Évora), foram seguidas 8 crianças como podemos observar no gráfico nº 26.

Para o Serviço Social, do Centro de Saúde de Estremoz, foram encaminhadas 3 crianças.

Para os restantes serviços foi encaminhada uma criança conforme as necessidades das mesmas.

Gráfico Nº 16 – Distribuição das crianças por serviços



Relativamente à idade que a criança tinha quando foi referenciada ao nosso programa não difere muito da idade que lhe foi detectado o problema, as que foram enviadas posteriormente tem a ver com o facto de permanecerem durante algum tempo noutros serviços.

Ao analisarmos conjuntamente as tabelas 1 e 3 verificamos que o facto atrás referido é mais visível à nascença, ao ano, aos 2 e aos 4 anos de idade, com maior visibilidade no grupo das crianças com 2 anos que em termos absolutos temos menos 4 crianças referenciadas.

A média das idades das crianças quando foram referenciadas ao programa era de 33,84 meses, (2.82 em anos).

O desvio padrão, o qual é um índice de variabilidade relativa em relação à média, adquire o valor de 18.13 (1.52). Estas medidas também conferem

uma certa semelhança do que foi referido relativamente ao conteúdo das tabelas 4 e 5.

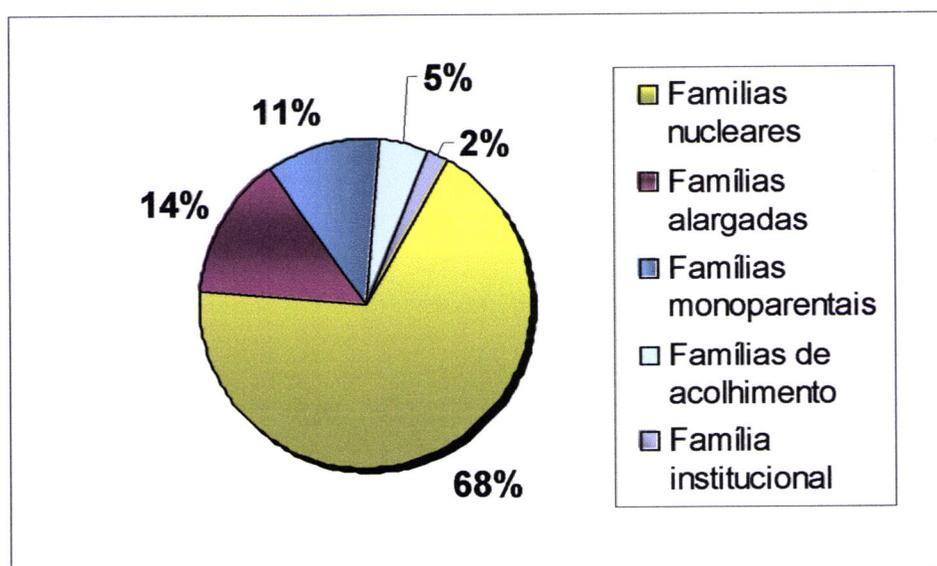
Tabela 3 – Distribuição das crianças segundo as idades a que foram referenciadas ao PIPES

IDADE	Nº	%
À nascença	2	4,3
<1 Ano	4	8,7
1 Ano	3	6,6
2 Anos	10	21,7
3 Anos	8	17,4
4 Anos	16	34,8
5 Anos	1	2,2
6 Anos	2	4,3
Total	46	100.0

1.2 - Caracterização do agregado familiar

De acordo com a composição do agregado familiar da criança chegamos à conclusão que do total de famílias (44) existem 30 (68%) famílias nucleares, 6 famílias alargadas o que corresponde a 14%, monoparentais 5 (11%), 2 (5%) de acolhimento e 1 (2%) família institucional como podemos observar no gráfico N° 14.

Gráfico N°17 – Distribuição da população inquirida por tipo de família



Como podemos observar os agregados familiares das 44 famílias na sua totalidade são compostos por 126 pessoas. Por termos pais divorciados e mulheres viúvas o número absoluto de mães (42) é superior ao número de pais (37). As mães são mais jovens 92,85% situam-se entre os 20 e 39 anos de idade enquanto que os pais só 81% é que se inclui entre esse intervalo de idades. Estes últimos apresentam uma percentagem de 16,22 no grupo etário (40-49).

Os irmãos de ambos os sexos são 42 e estão concentrados em 41% do total de famílias em estudo e 62% têm entre 0 e 9 anos e 38% entre os 10 e 19 anos. Na fratria o sexo dominante é masculino aliás o que é característico da população infantil portuguesa.

A categoria, “outros” inclui avós, avô, tio e o responsável da criança que se encontra na família institucional e que em valor absoluto são 5 pessoas. Estas pessoas pertencem aos escalões etários mais elevados o que é perceptível pelo grau de parentesco que ocupam na família.

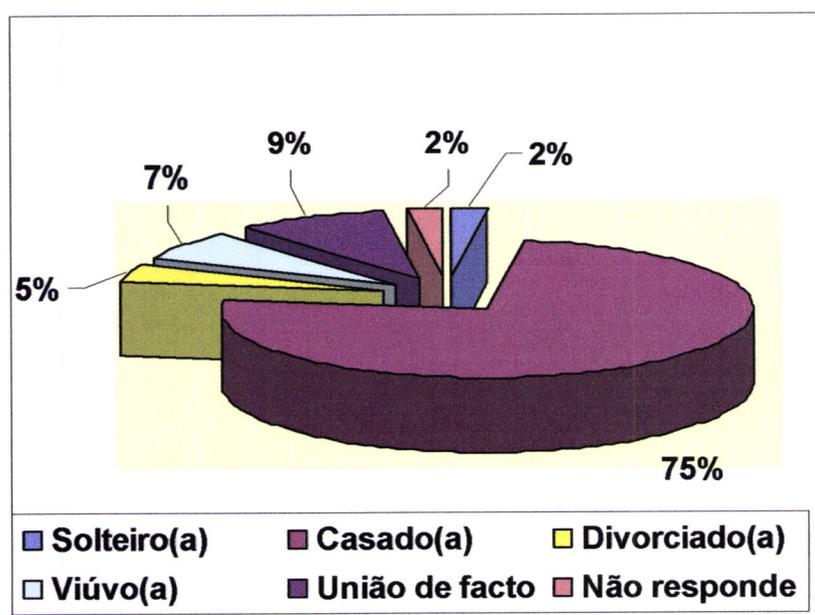
Quadro Nº 5 – Distribuição do agregado familiar dos inquiridos por sexo e grupo etário

Grau de Parentesco \ Grupo Etário	Mãe		Pai		Irmão		Irmã		Outro	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
(0 - 9)	0	0,0	0	0,0	18	75,0	8	44,4	0	0,0
(10 -19)	0	0,0	0	0,0	6	25,0	10	55,6	0	0,0
(20 -29)	15	35,71	9	24,32	0	0,0	0	0,0	0	0,0
(30 - 39)	24	57,14	21	56,76		0,0	0	0,0	0	0,0
(40 - 49)	2	4,76	6	16,22		0,0	0	0,0	1	20,0
(50 - 59)	1	2,38	1	2,70		0,0	0	0,0	1	20,0
(60 - 69)	0	0,0	0	0,0		0,0	0	0,0	2	40,0
(70 - 79)	0	0,0	0	0,0		0,0	0	0,0	1	20,0
Total	42	100,0	37	100,0	24	100,0	18	100,0	5	100,0

Estado civil

A maioria da população inquirida é casada 75% (33), em união de facto 4 que representa 9% da população, viúvas 3 e 2 divorciadas.

Gráfico Nº18 – Distribuição dos inquiridos segundo o estado civil



As competências escolares dos pais e avós são reduzidas como se pode observar no gráfico N° 19.

As frequências absolutas (31) de maior valor indicam que 37,3 % desta população possui a 4ª classe ou seja o 1º Ciclo.

A seguir 23% da desta população concluiu o 6º ano ou seja o 2º Ciclo, e tanto neste nível como no anterior o sexo masculino evidencia-se ligeiramente.

O 9º ano que corresponde à escolaridade obrigatória apenas 16,9% obteve esse grau e o sexo feminino é dominante.

O Ensino Secundário foi concluído por 9,63%, o que corresponde em termos absolutos a 6 mães e 2 pais, tal como no nível anterior o sexo feminino é dominante na sua formação literária.

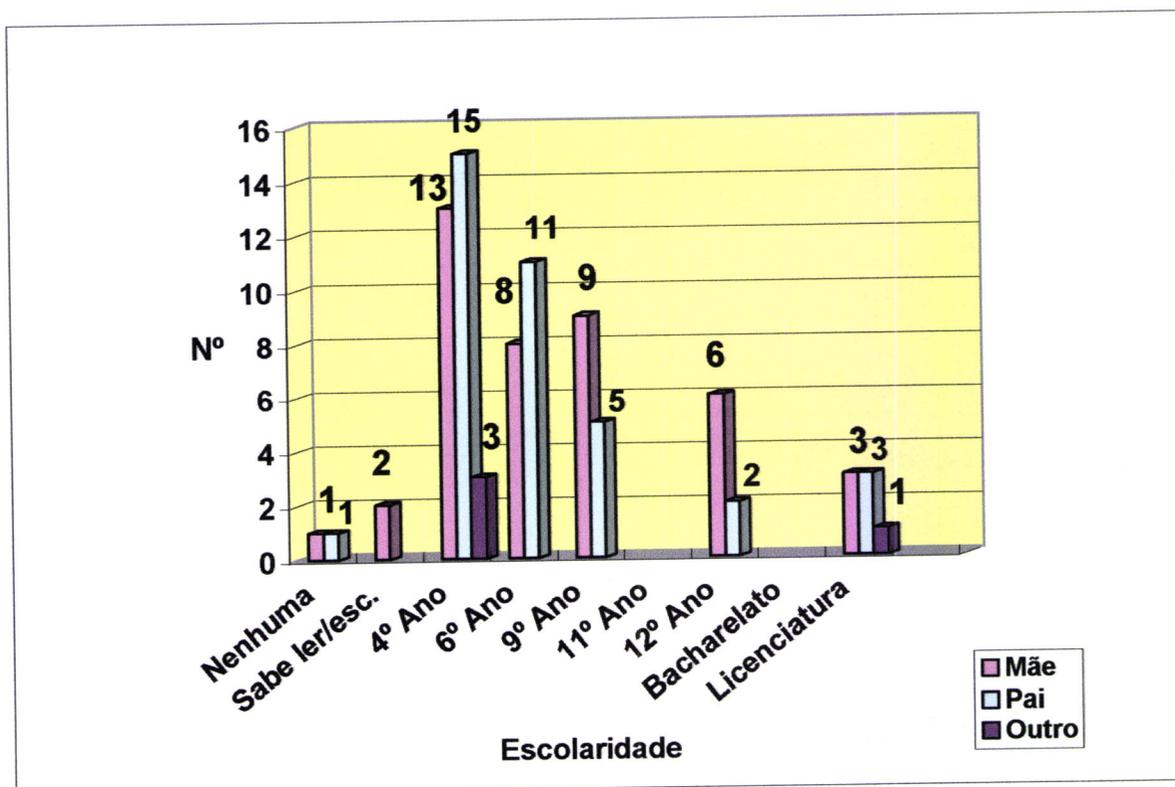
A Licenciatura é um grau que representa 8,43% e corresponde a 3 mães, 3 pais e 1 outro que corresponde ao responsável pela criança.

Sem qualquer tipo de escolaridade temos 4,8%, são pessoas entre os 30 e 40 anos.

A avaliação global da escolarização por sexo demonstra que 53% do feminino e 47% do masculino têm algum tipo de escolarização o que está de acordo os dados estatístico dos Censos 2001 a nível do Alentejo.

As nossas famílias são relativamente novas para que a maioria destas em termos de escolarização só possuam o 1º Ciclo, o que nos permite perceber o valor da taxa de analfabetismo, no concelho de Estremoz em 2001, 17.5%.

Gráfico N°19 – Níveis escolares das pessoas que têm a cargo a criança

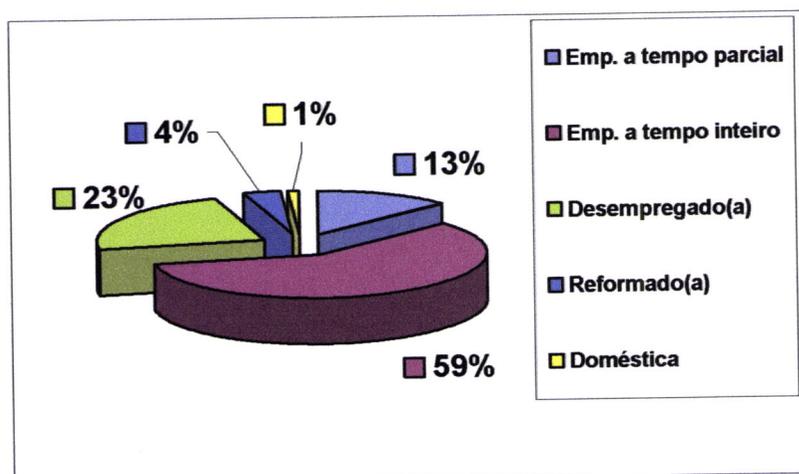


Relativamente à situação perante o trabalho 59% (49) dos cuidadores são pessoas activas e empregadas, 13% (11) são activas mas empregadas a tempo parcial.

Dos 23% desempregados a maioria são mulheres (15) e 4 homens.

Os reformados representam uma pequena percentagem de 4% onde se incluem os avós e uma doméstica por opção.

Gráfico N° 20 – Situação dos cuidadores da criança perante o trabalho

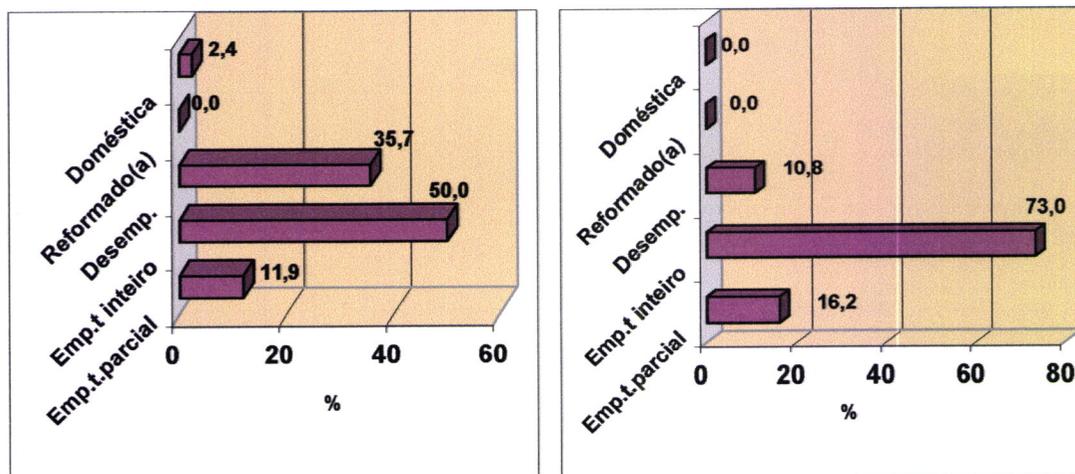


Como se pode observar nos gráficos n°s 21 e 22 a mulher está empregada a tempo inteiro apenas 50% enquanto que os homens atingem os 73%. Estremoz como concelho do Alentejo esta situação acontece com frequência porque a mulher ainda não adquiriu o estatuto de trabalhadora idêntico ao do homem apesar da taxa de desemprego ter diminuído para 5,9 (Censos 2001).

Relativamente à categoria desempregado(a), a diferença ainda é mais “alarmante” porque 35,7% das mulheres estão desempregadas, os homens atingem uma percentagem de 10,5 que corresponde em termos absolutos a 4 pessoas. A situação já era por nós percebida, as mães são as pessoas que têm a cargo os seus filhos durante a maior parte do dia.

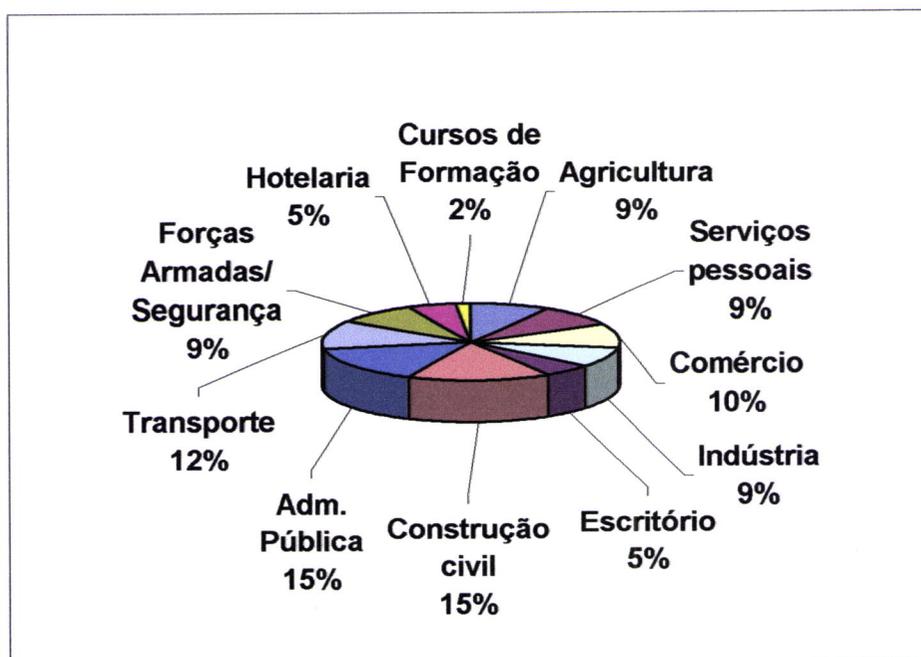
A trabalhar em tempo parcial, o homem ainda atinge 16,2 % o que não deixa de ser preocupante.

Gráfico N° 21 e 22 – Situação da mãe e do pai perante o trabalho



Segundo a Classificação Nacional de Profissões cerca de 75% dos trabalhadores das nossas famílias incluem-se nos não classificados, como se pode observar no Gráfico N° 23.

Gráfico N° 23 – Domínio das actividades dos inquiridos e respectivos cônjuges

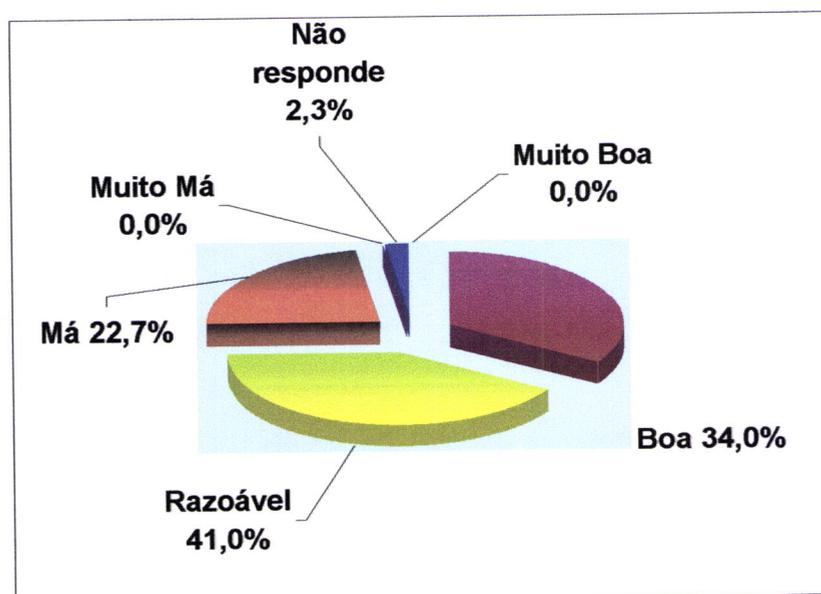


Relativamente à variável “Situação económica” 41% dos inquiridos classificou-a na categoria “Razoável”.

A situação económica é “Boa” para 34% das famílias segundo a própria opinião.

Para 22,7% das famílias, o que corresponde a 10 em termos absolutos, a situação económica é “Má” o que se torna preocupante para o bem-estar destas famílias.

Gráfico N° 24 – Situação económica segundo a opinião dos inquiridos



A confirmar a opinião sobre a “Situação económica” atrás descrita pelos inquiridos temos a Tabela N°. 4 que nos permite visualizar os baixos rendimentos económicos auferidos pelas famílias.

Temos quatro situações a analisar, a primeira é que 13,7% das nossas famílias têm de rendimento mensal no máximo 500 euros, a seguir temos 20,5% a receber entre 500 e 600 euros. Numa situação um pouco melhor 18,2% famílias a auferir entre 900 e 1000 euros e igual percentagem a receber mais de 1000 euros.

Tabela Nº 4 – Rendimento mensal por família

Rendimento mensal	Nº	%
Até 385.90 euros	1	2,3
Entre 385.90 e 500 euros	5	11,4
Entre 500 e 600 euros	9	20,5
Entre 600 e 700 euros	4	9,1
Entre 700 e 800 euros	2	4,5
Entre 800 e 900 euros	3	6,8
Entre 900 e 1000 euros	8	18,2
Mais de 1000 euros	8	18,2
Não responde	4	9,1
Total	44	100,0

Relativamente aos subsídios, 38,6% das famílias recebem algum tipo de subsídio como iremos observar na tabela seguinte.

O Rendimento Social de Inserção está a ser auferido por 6 famílias (35,3%).

O Subsídio de Emprego é recebido por 3 famílias (17,6%) e o de Deficiência adquire iguais valores.

O Subsídio de Manutenção é recebido por 2 famílias de acolhimento indirecto (11,8%).

Os restantes subsídios foram atribuídos a uma família por cada (5,9%).

Tabela Nº 5 – Subsídios auferidos por família

Subsídios	Nº	%
Subsídio de Emprego	3	17,6
Subsídio por Deficiência	3	17,6
Rendimento Social de Inserção	6	35,3
Complemento por Dependência	1	5,9
Abono Complementar	1	5,9
Subsídio por Doença	1	5,9
Subsídio de Manutenção	2	11,8
Total	17	100,0

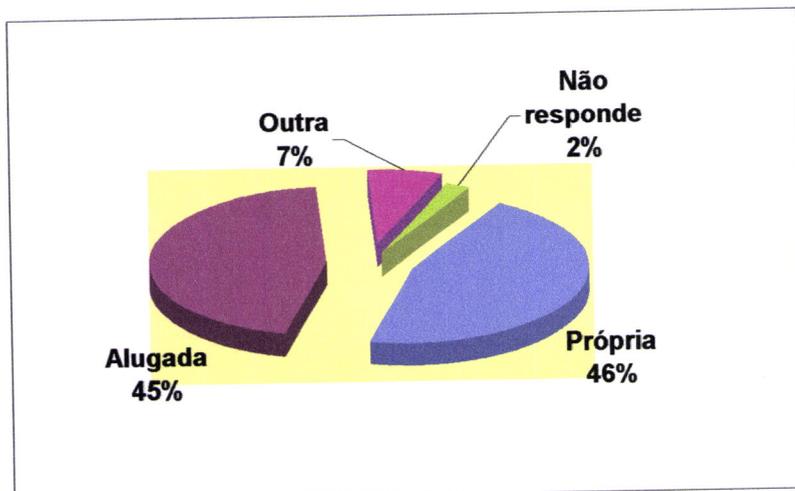
1.3– Características da Habitação

Sobre as “Características da Habitação” das famílias foi feita um breve levantamento.

A percentagem de famílias que possuem casa própria (46%) é muito idêntica à que tem alugado (45%).

A categoria “Outra” que representa aqui 7% engloba situações em que o imóvel é emprestado.

Gráfico Nº 23 – Distribuição das famílias por tipo de habitação

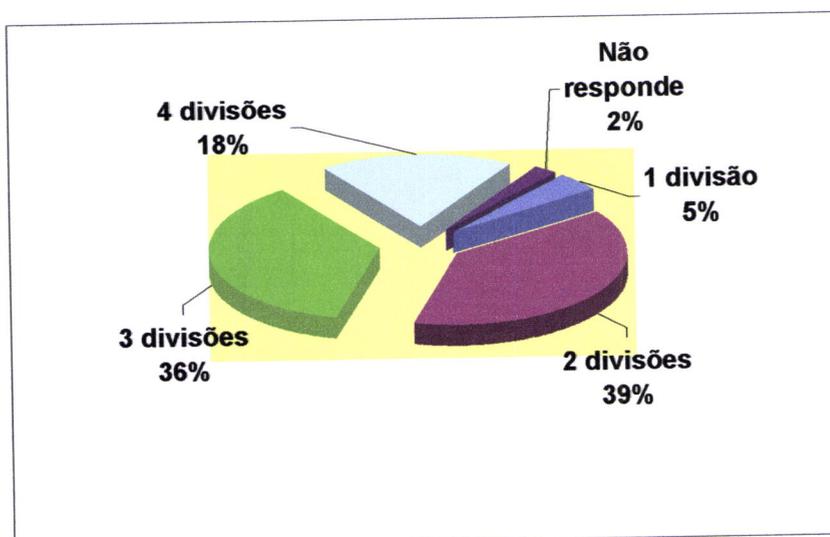


A maioria das famílias (17) tem habitações apenas com duas divisões e 36% (16) tem 3 divisões.

Habitação com 4 divisões é um “privilégio” que apenas 8 das nossas famílias (18%) apresentam.

Dois das famílias a habitação só têm uma divisão.

Gráfico Nº 24 – Distribuição das habitações pelo número divisões



Relativamente ao saneamento básico todas as famílias têm água potável, electricidade e esgotos apesar de uma família não possuir casa de banho.

1.4 – Integração da criança/família no Programa de Intervenção Precoce

Após a sinalização da criança/família ao nosso Serviço, 35% da nossa população teve o 1º contacto com um dos técnicos em menos de uma semana.

Os técnicos estabeleceram contacto com a mesma percentagem de crianças na primeira semana após a devida sinalização o que corresponde em termos absolutos 16 crianças.

Porém, 15% das famílias referem que o 1º contacto do técnico demorou 2 semanas para se efectuar.

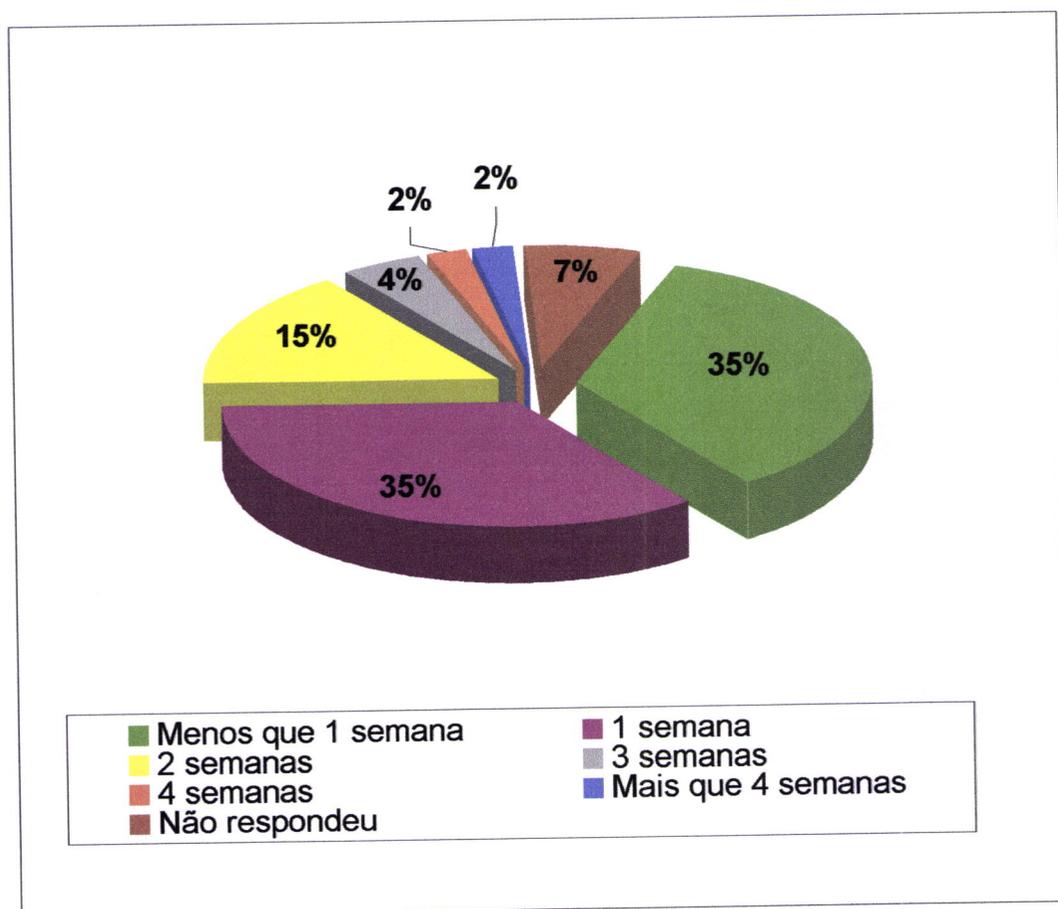
Numa situação mais desvantajosa, e que não nos honra, é a situação 4% das crianças terem recebido o 1º contacto com o técnico só 3 semanas depois segundo referiram as famílias visadas.

Tivemos famílias (1) a referir que o 1º contacto demorou 4 semanas e uma outra mais de 4 semanas.

Não obtivemos resposta de 3 famílias que corresponde a 7% das crianças.

Apesar do que foi referido no final desta análise conseguimos dar resposta em tempo útil (duas semanas) a 85% das crianças.

Gráfico N° 25 – Distribuição das crianças segundo o tempo de espera pelo 1º contacto com os técnicos

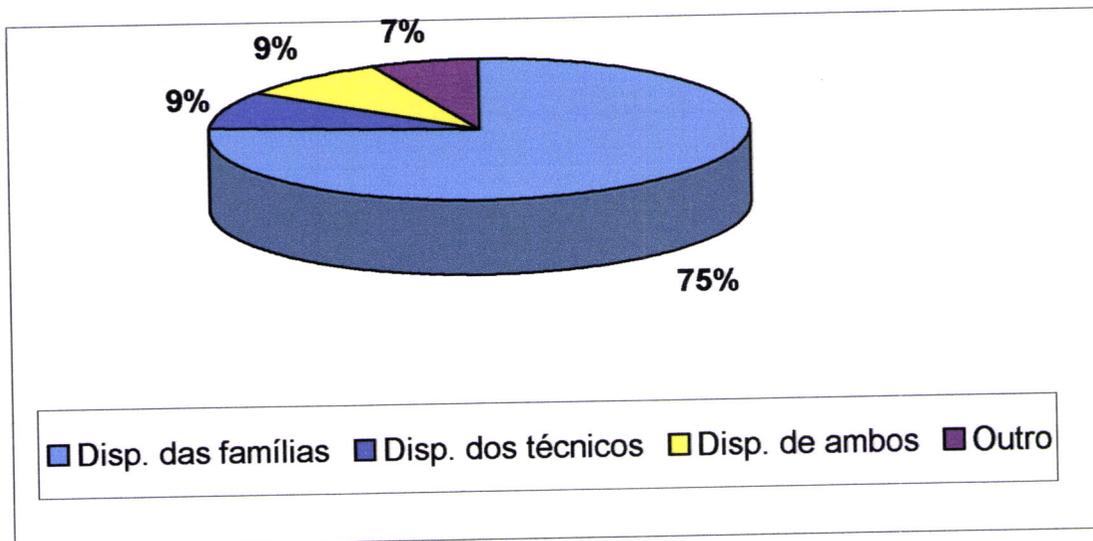


A maioria das famílias (35), o corresponde a 75%, referiram que a marcação do 1º contacto foi feita de acordo com as suas disponibilidades.

Com percentagem igual, de 9% (4), temos duas situações, uma em que foi feita a marcação de acordo com a disponibilidade de ambos e outra em que foi a disponibilidade dos técnicos que determinou esse 1º contacto.

A categoria “Outro” representada por 7% inclui situações em o 1º contacto dependia da disponibilidade de outros espaços físico que não o domicílio da criança.

Gráfico Nº 26 – Marcação do 1º contacto segundo a disponibilidade dos intervenientes

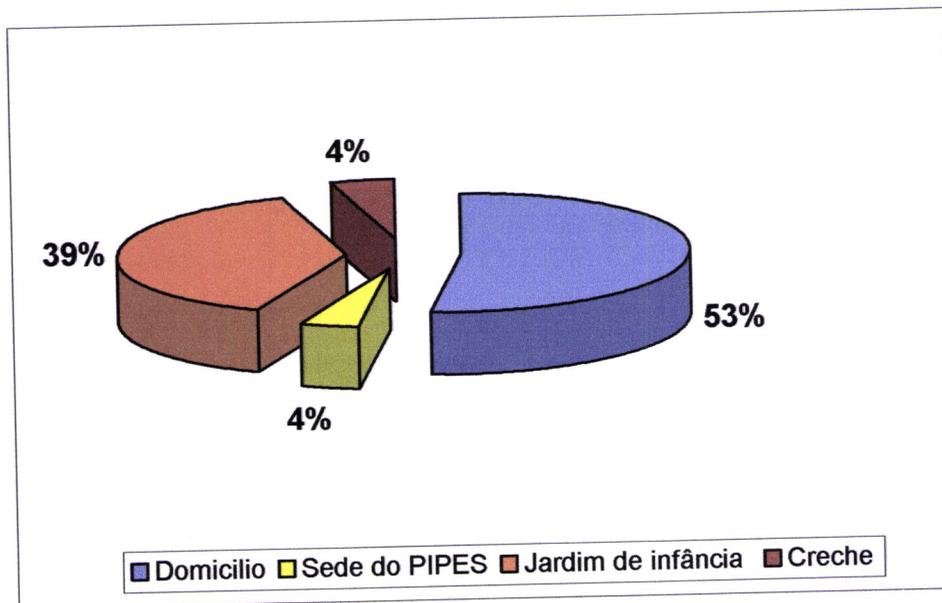


O 1º contacto entre o nosso serviço e a criança/família, em 53% foi escolhido como contexto o domicílio. O domicílio representa mais que um espaço físico é sobretudo um espaço social e emocional, que reflecte valores crenças, costumes e atitudes da família o que permite um conhecimento mais profundo da dinâmica familiar (Bronfenbrenner, 1979). É o contexto ideal para colher informação sobre as necessidades e prioridades da família/criança.

O jardim-de-infância foi o espaço escolhido para 39% das crianças/família e 4% a creche para terem o 1º contacto com o técnico. Esta opção está de acordo com literatura porque a escola é também um meio natural da criança, no qual ela passa muito tempo.

Mais fora do âmbito que defende a filosofia de IP, mas por escolha dos pais e alguns técnicos, 4% das crianças tiveram o seu 1º contacto com o técnico na sede do PIPES.

Gráfico Nº 27 – Distribuição dos 1ºs contactos segundo o contexto onde se realizaram



Para o primeiro encontro é escolhido o técnico, que segundo a sua área de formação esteja mais relacionada com o motivo expresso na folha de sinalização. Habitualmente no 1º encontro vão sempre dois técnicos, sendo este último, aquele que apresentar maior disponibilidade.

A Educadora além de estar sempre mais disponível também conhece melhor a comunidade e vice versa. Este técnico esteve presente em 23 1ºs contactos com a criança o que corresponde a 31% como podemos observar no gráfico nº 30. A educadora tem uma forma de estar com a criança muito própria o que tem contribuído muito para o bem-estar das nossas famílias.

A Psicóloga é a técnica que também pela sua formação, pela tranquilidade que transmite às famílias foi necessária a sua presença em 23 1ºs contactos o que corresponde a 26% dos contactos realizados.

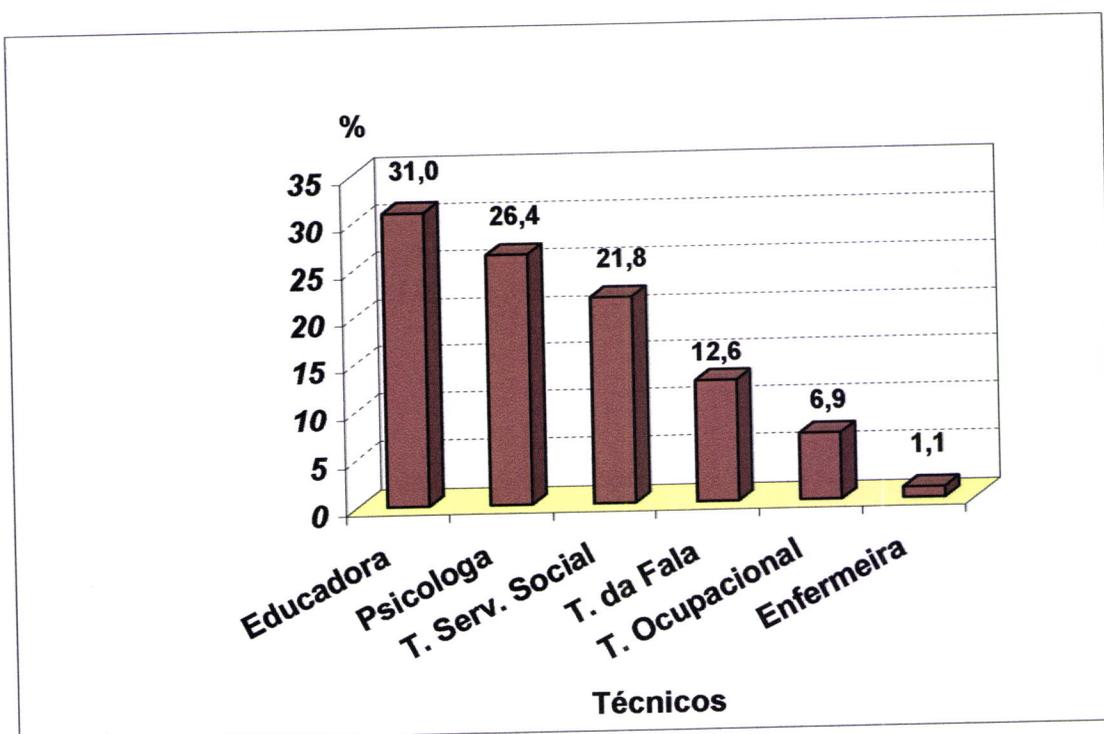
Dadas as características da população do concelho a nível social, a técnica que surge em 3º lugar para o desempenho que estamos a abordar é a

Técnica Superior de Serviço Social, que desempenhou esta função 19 vezes o que corresponde a 21,8% dos contactos.

A seguir, tanto a Terapeuta da Fala como a Terapeuta Ocupacional, o seu domínio é “mais técnico”, muito direccionado para situações “concretas”, e como a disponibilidade em termos de horário é mais limitado a sua presença é requisitada para as situações em que o motivo da sinalização está direccionado para ambas as áreas de formação. Assim a Terapeuta da Fala esteve presente em 12,6% dos contactos e a Terapeuta Ocupacional em 6,9%.

A Enfermeira só participou num contacto por possuir muito pouca disponibilidade em termos de horário, mas procura ser útil às famílias em actividades que possa desempenhar no interior do Centro de Saúde.

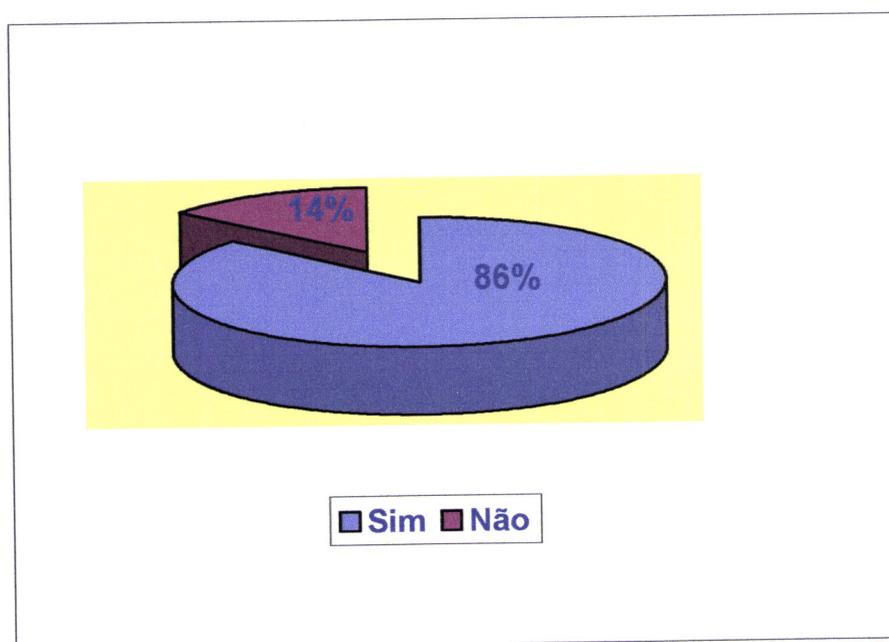
Gráfico N° 28 – Distribuição dos técnicos pelo 1º contacto com a criança/família



Das 44 famílias apoiadas pelo PIPES, 38 (86%) referiram ter recebido informação dos técnicos sobre o funcionamento do nosso serviço.

As restantes famílias, 6 (14%) dizem não ter recebido esse tipo de informação.

Gráfico N° 29 – Distribuição das famílias segundo receberam informação, ou não sobre o funcionamento do PIPES



A questão 1.4.1 (IV Parte) do questionário sobre as expectativas da família relativamente ao apoio deste serviço quando integraram o programa, assim como as restantes, serão objecto de estudo através da análise de conteúdo como foi referido na parte do tratamento de dados.

Tendo presente o objectivo que presidiu a elaboração desta questão, para a análise das respostas foi utilizada a análise de conteúdo que de acordo com Bardin (1977), *“é através da inferência que atribuímos sentido às características do material, que foram levantadas, enumeradas e organizadas passando-se da descrição à interpretação dos dados”*.

Num primeiro momento deste processo, a análise dos dados iniciou-se com uma leitura na diagonal de todas as respostas (de todos os questionários) à questão. Este procedimento facilitou numa fase posterior, o levantamento das ideias expressas.

Num segundo momento realizou o processo de codificação. Para Bardim (1977), a codificação corresponde a *“uma transformação dos dados brutos do texto quer por recorte (escolha das unidades) agregação (escolha de categorias) e enumeração (escolha de regras de contagem) que permite atingir uma representação do conteúdo”*.

A unidade de registo é a *“unidade de significação a codificar e é o segmento de conteúdo a considerar como unidade de base visando a categorização e a contagem de frequência”*(Bardim 1977: 104).

As categorias foram identificadas “a posterior” de acordo com os objectivos da investigação, o que designa este “procedimento exploratório”, pela mesma razão (objectivos) o tema surge da própria questão.

A análise realizada permitiu ver quais eram as “Expectativas da família sobre o apoio do PIPES”. Foram encontradas quatro categorias, a informação, o apoio, a comunicação e a integração social, como podemos observar no quadro nº. 6.

Relativamente à **“Informação”**, 12 famílias expressaram esta expectativa em relação aos técnicos. Inicialmente esperavam dos técnicos, informação sobre o diagnóstico clínico da criança, assim como saber tudo sobre a problemática da criança nomeadamente sobre a deficiência e também sobre a educação. Os possíveis encaminhamentos clínicos faziam parte da informação que algumas das famílias esperavam receber dos técnicos sobre o encaminhamento para consultas de várias especialidades.

A categoria **“Apoio”** era uma expectativa de todas as famílias, esperavam ajuda económica, outras famílias esperavam apoio emocional por

não perceberem nem saberem lidar com o comportamento dos filhos. O apoio social estava direccionado para a necessidade de vestuário, alimentos e melhoramentos na habitação. Relativamente ao apoio clínico esperado estava relacionado com as alterações a nível da comunicação/linguagem e ainda com as actividades de terapia ocupacional.

A categoria “**Comunicação**”, foi descrita por famílias que revelavam preocupações com a criança, a nível do futuro, ou como iria e o que iria recuperar, enfim eram famílias que esperavam ser ouvidas pelos técnicos com o objectivo de exteriorizar as suas preocupações. Pretendiam “desabafar” sobre as dificuldades da criança e família.

Relativamente à “**Integração Social**”, haviam famílias com expectativas bem definidas em relação aos técnicos. A necessidade de integrar a criança em meio escolar e a sua expectativa relativamente aos técnicos era que estes iriam conseguir responder a esta necessidade.

Ainda na mesma categoria, as famílias tinha como expectativas em relação aos técnicos que estes contribuíssem para a integração no emprego.

Quadro Nº 6 – Identificação das expectativas das famílias sobre o apoio do PIPES na fase de integração

TEMA: EXPECTATIVAS DA FAMÍLIA

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
INFORMAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> * Diagnóstico clínico * Encaminhamento clínico * Educação
APOIO	<ul style="list-style-type: none"> * Social * Emocional * Económico * Clínico
COMUNICAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> * Preocupações * Dificuldades da criança/família
INTEGRAÇÃO SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> * Integração da criança em meio escolar * Emprego

Das 44 famílias que responderam à questão anterior foram apuradas 83 afirmações (expectativas) que iremos trata-las do ponto vista da quantificação na tabela 6 com base na análise das categorias comentando as subcategorias mais relevantes.

Constata-se que na categoria “**Informação**”, representa **14,4 %** das expectativas. A subcategoria “**Encaminhamento clínico**” destaca-se das outras duas apresentando **7,2%** das expectativas das famílias.

Relativamente à categoria **“Apoio”**, **destaca-se** em muito das restantes categorias que no total representa **62,6%** das expectativas das famílias. As subcategorias mais representativas são **“Emocional”** e **“Clínico”** com **22,9%** e **21,7%** respectivamente. O **“económico”** ainda representa 10,8% das expectativas.

A **“Comunicação”** representa no total **10,8 %** das expectativas as quais se concentram em maior percentagem (7,2%), nas **“Preocupações”**.

A última categoria, **“Integração Social”** obteve na totalidade **12,2%** das expectativas e distribuíram-se em partes iguais pelas subcategorias **“Integração da criança em meio escolar”** e **“Emprego”**.

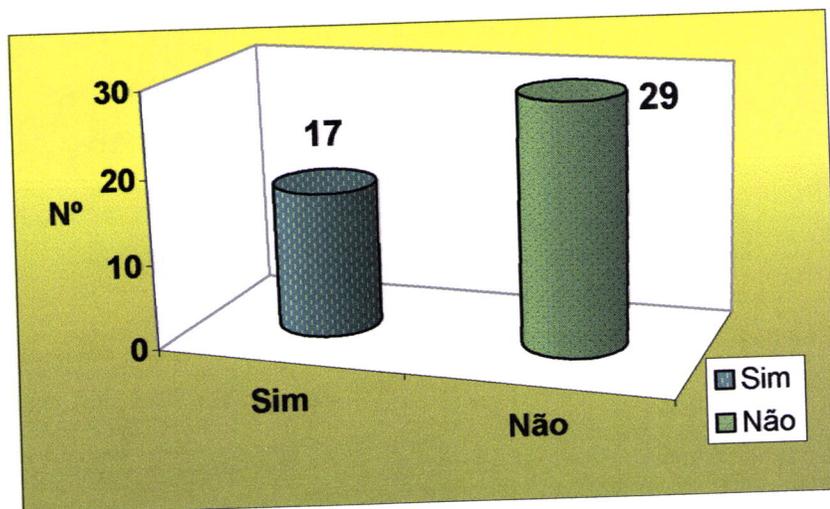
Quadro N.º.7 – Análise das ocorrências

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	Afirmações	
		Nº	%
INFORMAÇÃO	* Diagnóstico clínico	4	4,8
	* Encaminhamento clínico	6	7,2
	* Educação	2	2,4
APOIO	* Social	6	7,2
	* Emocional	19	22,9
	* Económico	9	10,8
	* Clínico	18	21,7
COMUNICAÇÃO	* Preocupações	6	7,2
	* Dificuldades da criança/família	3	3,6
INTEGRAÇÃO SOCIAL	* Integração da criança em meio escolar	5	6,1
	* Emprego	5	6,1
Total		83	100,0

Das 46 crianças que constituem a nossa população 17 (37%) são seguidas também por outros serviços.

As restantes, 29 (63%) são atendidas só pelo nosso serviço, como é visível no gráfico nº 30.

Gráfico Nº 30 – Distribuição das crianças seguidas só pelo PIPES ou em simultâneo por outros serviços



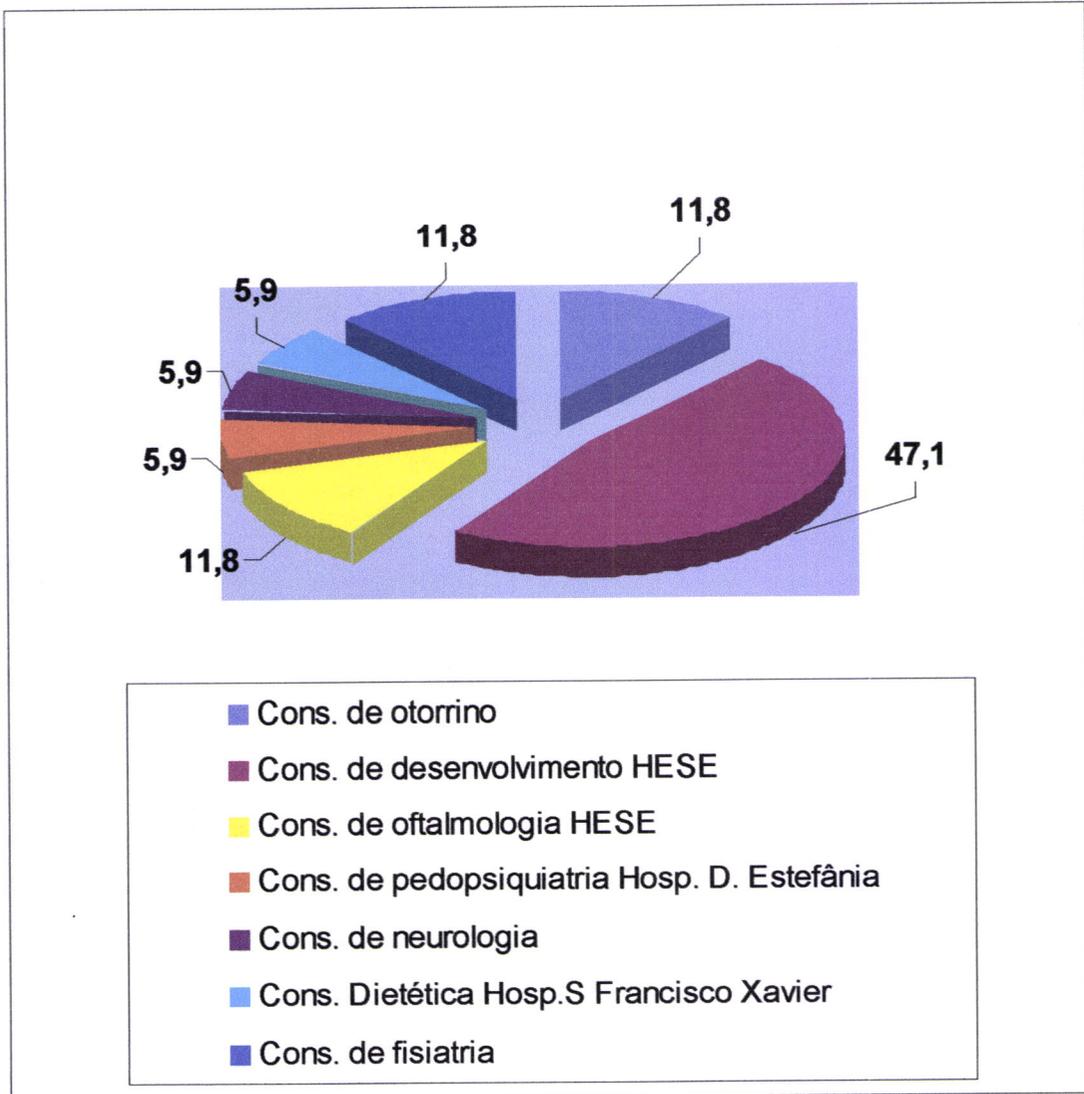
A população atendida noutros serviços, ou seja, 17 crianças frequenta diversas consultas como se pode observar no gráfico Nº 31.

A Consulta de Desenvolvimento do HDE é o serviço que apoia mais crianças (8) o que representa 47,1% da referida população.

A Consulta de Oftalmologia do HESE, a Consulta de Otorrino e a Consulta de Fisiatria acompanham o desenvolvimento de 2 crianças cada, o que representa 11,8% respectivamente.

A Consulta de Pedopsiquiatria do Hospital D. Estefânia, a Consulta de Neurologia e a Consulta Dietética do Hospital S. Francisco Xavier dão apoio a 1 criança cada o que representa 5,9%.

Gráfico Nº 31 – Distribuição das crianças seguidas por outros serviços



Todos os inquiridos referiram existir articulação entre o PIPES e os referidos serviços.

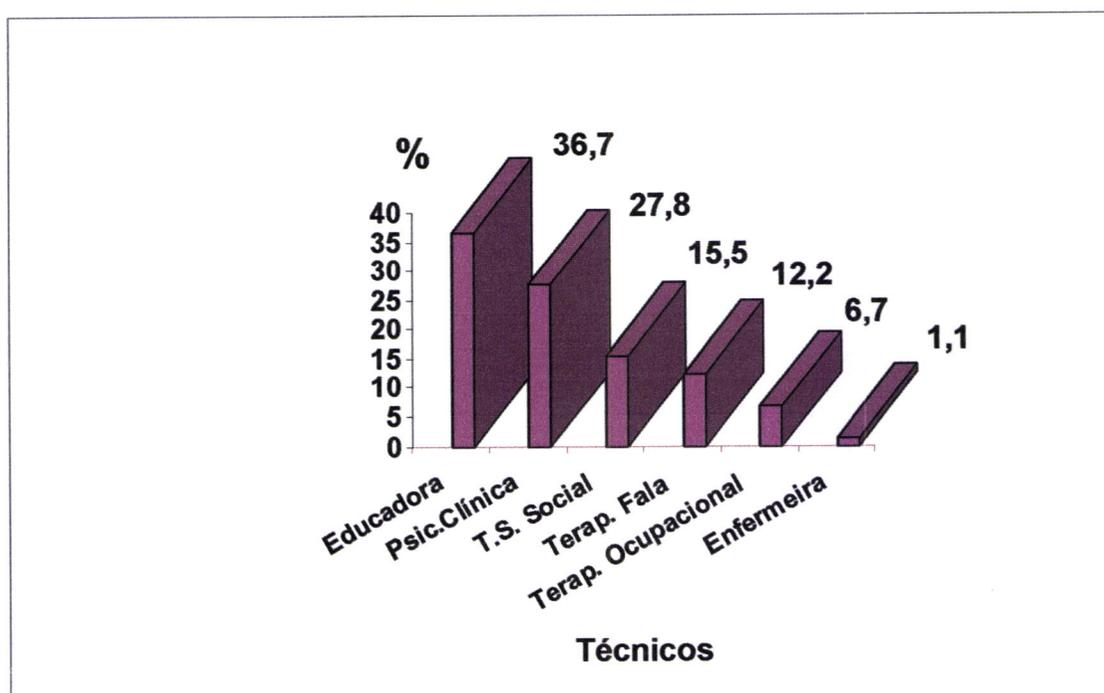
1.5 – Avaliação da criança/família no âmbito do Programa de Intervenção Precoce

A distribuição dos técnicos pela 1ª avaliação à criança/família (gráfico nº 32) não difere muito da distribuição feita para o 1º contacto com a família (gráfico nº27). Tal facto significa que a relação entre pais e técnicos iniciou um ciclo de forma positiva e que os técnicos eram realmente os mais preparados para a situação expressa na sinalização.

As pequenas alterações surgiram a nível a Técnica Superior de Serviço Social em que não houve necessidade da sua presença na avaliação enquanto que a Educadora e a Psicóloga dá-se o inverso e estas participam nas avaliações de 36,7% e 27,8% (respectivamente) das crianças.

Para os restantes técnicos mantiveram-se as mesmas necessidades em termos do 1º contacto e de avaliação.

Gráfico Nº 32 – Distribuição dos técnicos pela 1ª avaliação à criança/família



O domicílio foi o contexto escolhido para a avaliação de 19 crianças o que corresponde a 41,3 % da nossa população. Este foi o mais representativo é o contexto mais natural e abrangente.

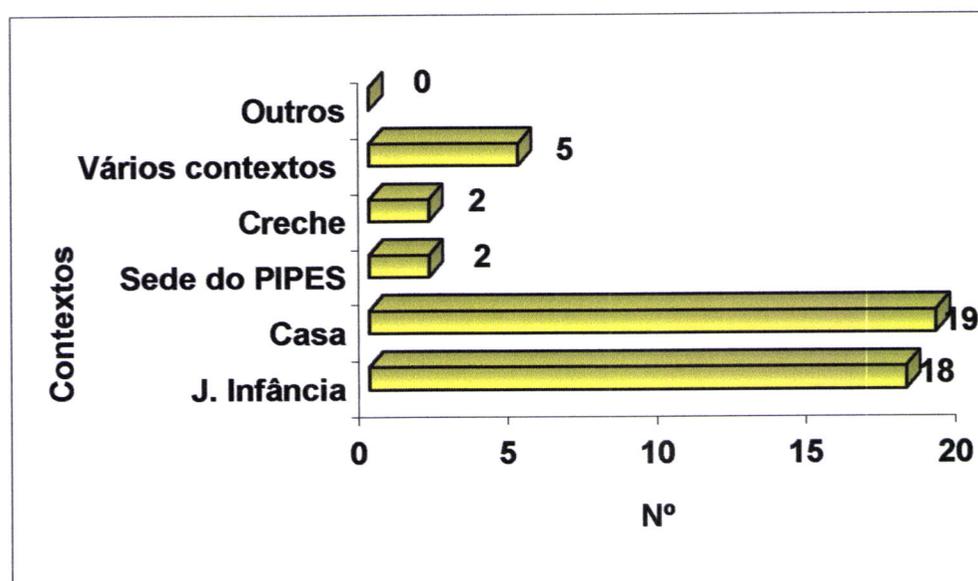
A avaliação a 39,1% das crianças ocorreu no jardim-de-infância o que corresponde em termos absolutos 18 crianças. Segundo a literatura este é um contexto rico e natural mas, não tanto quanto o domicílio.

A avaliação de 11% (5) da população ocorreu em vários contextos, o que a torna mais abrangente. Esta opção é tomada quando há necessidade de esclarecer dúvidas ou aprofundar determinadas áreas da avaliação.

Ainda em meio escolar (creche), foi feita avaliação a 2 crianças o que corresponde a 4,3% da população.

Na sede do PIPES, o que não é habitual acontecer, foi feita avaliação a 4,3 % da população em estudo.

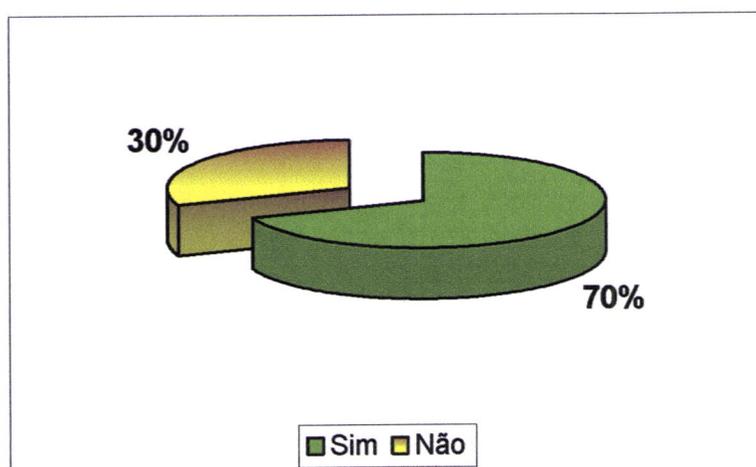
Gráfico Nº 33 – Distribuição das crianças segundo o contexto da 1ª avaliação



A avaliação é um momento em que se pode recolher elementos, da criança/família, de extrema importância para a intervenção. A presença do cuidador torna-se importante neste momento.

A avaliação de 70% das crianças foi feita com a participação do cuidador e 30% (14) na sua ausência.

Gráfico N° 34 – Distribuição das crianças segundo a participação do cuidador na avaliação

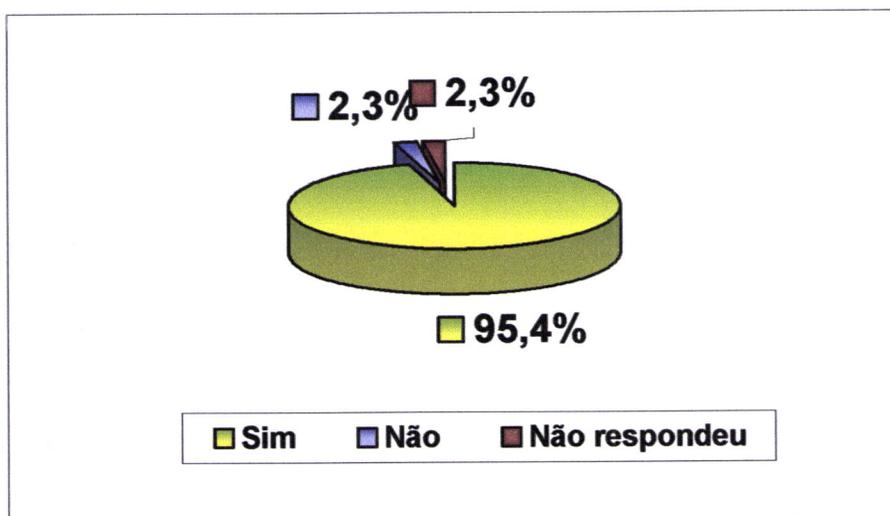


Relativamente à exposição das suas necessidades, 95,4% das famílias referem terem abordado o tema com os técnicos.

Uma família refere não ter tido oportunidade de falar sobre o tema e outra não respondeu.

Segundo Simeonsson et al. (1996) refere que o levantamento das necessidades, prioridades e recursos são essenciais para a realização do plano de intervenção personalizado.

Gráfico N° 35 – Distribuição das crianças segundo a exposição das necessidades pela família



As necessidades que foram expostas pelas famílias, em certos aspectos estão relacionadas com a expectativa que as mesmas tinham sobre programa.

Esta questão será analisada da mesma maneira excepto a quantificação porque o nosso objectivo é saber quais as necessidades das famílias, desde que uma necessidade seja manifestada só por uma família terão igual importância como se fosse sentida por dez famílias.

Foram identificadas cinco categorias, “Informação”, “Económicas”, “Acompanhamento”, “Comunicação” e “Apoio Social”.

Relativamente à “**Informação**” as famílias tinham necessidade de serem informadas sobre as “Deficiências” dos seus filhos para estarem preparadas para acompanhar o seu desenvolvimento.

Necessitavam de informação sobre os serviços e consultas que iriam frequentar.

Sobre a “Educação”, as necessidades de informação foram referenciadas pelas famílias com crianças deficientes, perceber quais as “hipóteses” das suas crianças.

A informação desejada em termos de “Acompanhamento clínico” era no sentido de lhe explicarem a intervenção clínica da qual o seu filho usufruía, tanto a nível da medicina como da terapia da fala, da psicologia clínica e da terapia ocupacional.

As necessidades “**Económicas**”, surgiram por falta de “Emprego”, “Alimentação e vestuário”. Houve famílias a referirem mesmo a necessidade de dinheiro para sobreviverem, outras para melhorarem ou trocarem de habitação.

A necessidade de “**Acompanhamento**” abrange uma área muito grande. Quando a necessidade é do acompanhamento “emocional” temos as famílias que não compreendem o comportamento do seu filho, não sabem lidar com a situação, e sentem-se impotentes necessitando assim deste tipo de acompanhamento.

O acompanhamento “Clínico” foi um necessidade expressa pelas famílias que requeriam a nossa presença em consultas de diversa áreas como, Planeamento Familiar, Psiquiatria, Pedopsiquiatria, Consulta de desenvolvimento, Fisiatria e ainda quando solicitavam acompanhamento (intervenção) da Terapeuta da Fala, da Psicóloga Clínica e da Terapeuta Ocupacional.

O acompanhamento “Educativo” era necessidades de famílias com Necessidades educativas Especiais.

A “**Comunicação**” é uma necessidade sentida pelas famílias que têm Preocupações a qualquer nível precisam de “desabafar” com o técnico ou outras pessoas. Necessitam ainda de comunicar, de serem ouvidas, nomeadamente sobre as dificuldades da criança/família.

Na última categoria, “**Apoio Social**”, foram encontradas necessidades de “Integração de crianças em meio escolar” por estarem em risco ambiental/social.

Famílias com necessidades relacionadas com o “Transporte de crianças” para participarem nas actividades na comunidade e ainda transportar família/criança para consultas.

Este apoio social foi pedido por famílias a nível da “Gestão doméstica” e da “Promoção de competências maternas” e da “Promoção das competências maternas”.

Quadro Nº 8 – Identificação das necessidades das crianças/famílias

TEMA: NECESSIDADES DAS CRIANÇAS/FAMÍLIAS

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
INFORMAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> * Deficiência * Educação * Serviços * Acompanhamento clínico
ECONÓMICAS	<ul style="list-style-type: none"> * Emprego * Alimentação e vestuário * Habitação * Dinheiro
ACOMPANHAMENTO	<ul style="list-style-type: none"> * Emocional * Clínico * Educativo
COMUNICAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> * Preocupações * Dificuldades da criança/família
APOIO SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> * Integração em meio escolar * Transporte das crianças * Gestão doméstica * Promoção das competências maternas

As prioridades das famílias relativas às necessidades atrás identificadas, foram agrupadas em quatro categorias, “Informação”, “Económicas” “Acompanhamento” e “Apoio social”.

Sobre a informação as prioridades estão relacionadas com a “Deficiência” e os “Serviços”.

Nas necessidades económicas as prioridades das famílias são dirigidas para a obtenção de “emprego”, “vestuário, alimentos” e mesmo “dinheiro”.

Relativamente às necessidades de acompanhamento continua a prevalecer o “emocional” e o “clínico”.

O apoio social de que as famílias necessitam é prioritariamente dirigido para a “Integração em meio escolar” e para a “Promoção das competências maternas”.

Quadro Nº 9 – Identificação das prioridades relativas às necessidades das crianças/famílias

TEMA: PRIORIDADES RELATIVAS ÀS NECESSIDADES

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
INFORMAÇÃO	* Deficiência * Serviços
ECONÓMICAS	* Emprego * Alimentação e vestuário * Dinheiro
ACOMPANHAMENTO	* Emocional * Clínico
APOIO SOCIAL	* Integração em meio escolar * Promoção das competências maternas

Dunst, Trivette e Deal (1988), defendem que a família deve ser ajudada a utilizar as suas competências para procurar os recursos para melhorar o seu funcionamento familiar.

Na opinião das famílias, os recursos informais mais utilizados em 22% (29) são os avós da criança. Sendo um concelho do Alentejo é comum os avós apoiarem os filhos e netos.

O cônjuge é um recurso que surge também muito utilizado por 19% das famílias.

Os vizinhos, pelo menos em Estremoz, ainda continuam a desempenhar um papel fundamental em termos de apoio quando este é necessário. As famílias (12%) referem que este tipo de recurso ainda é muito utilizado.

Os amigos e familiares maternos são recursos a que 11% das famílias recorrem e 11% os familiares paternos.

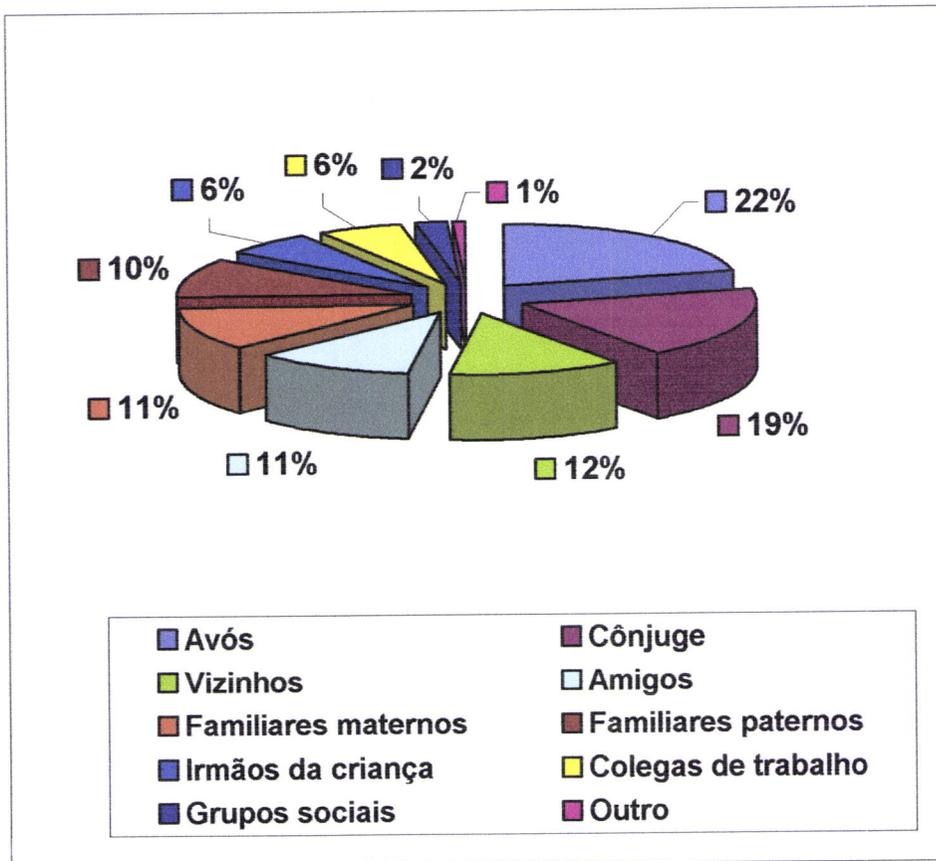
Os irmãos da criança apoiada também contribuem para melhorar o funcionamento familiar, dada a opinião de 6% das famílias.

Os colegas de trabalho são referidos como úteis por 8 famílias o que corresponde também a 6% das famílias.

Embora com pouca representatividade, mas não deixam de ser importantes os grupos sociais foram descritos como recursos por 2% das famílias.

De acordo com a opinião das famílias os recursos mais representativos são por ordem decrescente os avós, o cônjuge e os vizinhos, como podemos observar no gráfico nº 37.

Gráfico N° 37 – Distribuição dos recursos informais segundo a opinião das famílias



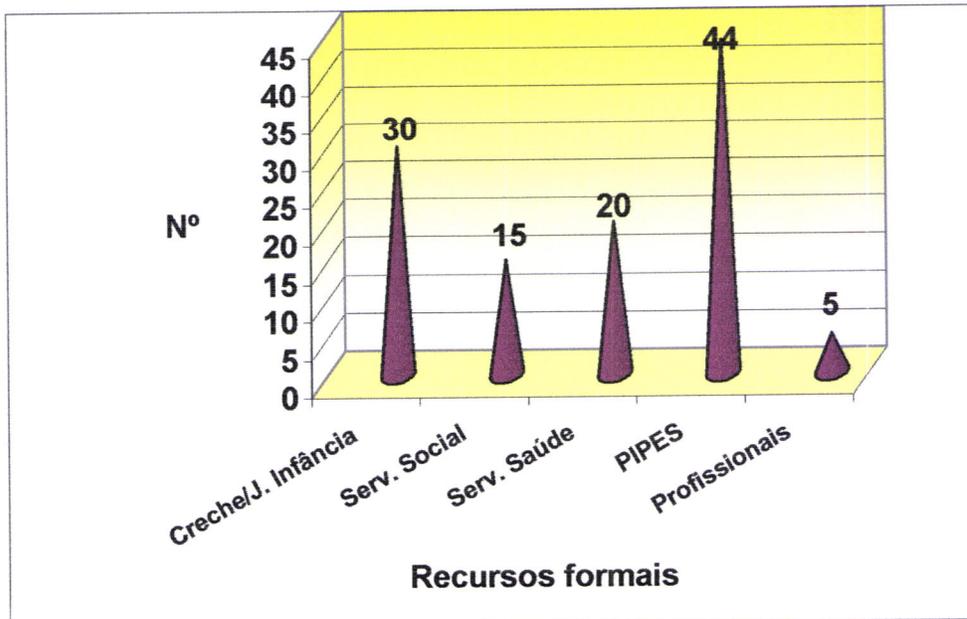
Relativamente aos recursos formais as 44 famílias referiram o PIPES como sendo um recurso do qual podem usufruir sempre que necessário.

A escola surge como o segundo recurso a 30 famílias.

O serviço de Saúde e o serviço social são reconhecidos como recursos formais importantes para 20 e 15 famílias respectivamente.

É de referir que estes recursos que já foram utilizados pelas nossas famílias, as mesmas continuam a contar com o seu apoio por certo corresponderam às expectativas das famílias.

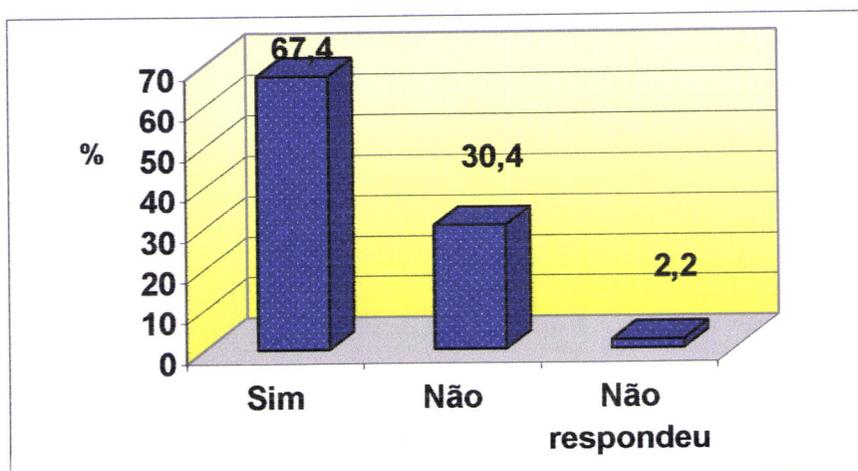
Gráfico Nº 38 – Distribuição dos recursos formais segundo a opinião das famílias



Ao longo do ciclo de intervenção todas as fases são importantes no entanto a avaliação reveste-se de dupla importância porque, numa fase inicial serve para recolher toda a informação possível (necessidades, prioridades, recursos...), posteriormente serve para ver a evolução da criança se os objectivos foram atingidos (...). As avaliações são definidas de acordo com as necessidades da criança/família.

Da população em estudo, 67,4% já foi avaliado várias vezes, 30,4% o que corresponde em termos absolutos 14 crianças não foram reavaliadas segundas vezes, conforme revela o gráfico nº 39.

Gráfico Nº 39 – Distribuição das crianças segundo a existência de novas avaliações



Os resultados das avaliações a 89,1% das crianças foram dados a conhecer às famílias, o que representa em número absoluto 41 Crianças.

Em sentido inverso temos 4,3% das crianças cujas as famílias referem não ter recebido nenhuma informação sobre os resultados das referidas avaliações.

Tabela 6 – Distribuição das crianças segundo a informação revelada à família sobre novas avaliações

Informação	Nº	%
Sim	41	89,1
Não	2	4,3
Não responde	3	6,6
Total	46	100.0

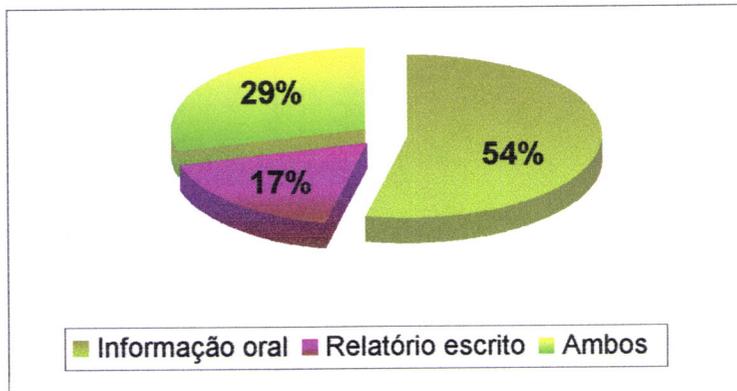
O resultado das avaliações assim como todo o processo durante a intervenção deve ser do conhecimento e acompanhado pela família, e devem ser documentados os resultados das mesmas.

Os resultados das avaliações de 22 crianças (53,6%) foram transmitidos às famílias através de informação oral.

De forma mais correcta (de acordo com a literatura), os pais de 7 crianças (29,3%) receberam informação oralmente e escrita (relatório).

O relatório escrito sobre a avaliação de 7 crianças (17,1%) foi a forma como os técnicos informaram as famílias sobre os resultados obtidos.

Gráfico N° 40 – Distribuição da informação às famílias segundo a forma de acesso



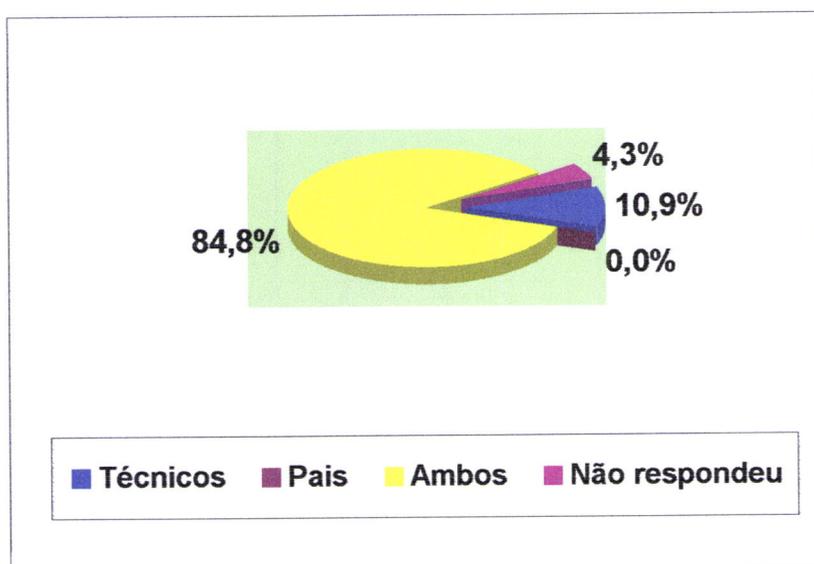
1.6 – Plano de Intervenção

O Plano de Intervenção deve ser realizado pela família e técnicos que fará parte dum documento no qual deve ser tido em conta as expectativas, necessidades, prioridades e recursos. Esta é única maneira de compreender a individualidade de cada família.

Os inquiridos referem que o Plano de Intervenção de 39 crianças foi elaborado pela família em colaboração com os técnicos, o que significa que 84,8% da nossa população tem conhecimento do referido Plano.

Segundo a opinião do inquirido os técnicos elaboraram o Plano se Intervenção a 5 crianças o que corresponde a 10,9% da população.

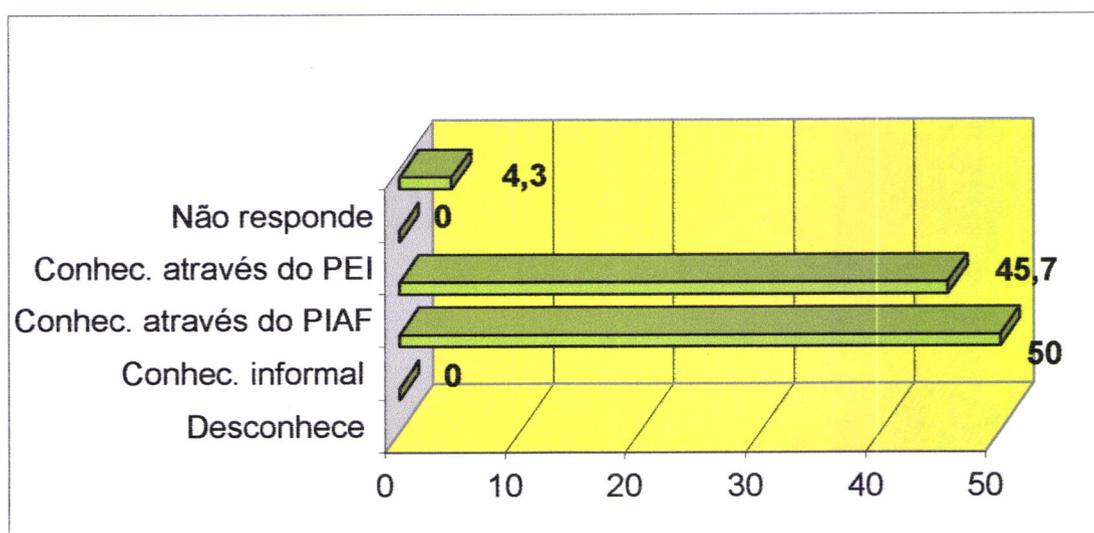
Gráfico Nº 41 – Distribuição das respostas dos inquiridos por quem participou na elaboração do Plano de Intervenção



Ao contrário do que era esperado e de acordo com a resposta à pergunta anterior esperávamos que a população inquirida tivesse um conhecimento mais formal sobre os objectivos.

As respostas dos inquiridos vêm confirmar que 50% da população tem conhecimento informal dos objectivos e 45,7% tomou conhecimento quando realizou o PIAF.

Gráfico Nº 42 – Distribuição das respostas dos inquiridos segundo o tipo de conhecimento sobre os objectivos de Intervenção



As actividades desenvolvidas com as crianças são nomeadamente ligadas ao apoio educativo 21,6%.

O apoio emocional (20,6%) continua a estar presente, são crianças com problemas de comportamento como já nos apercebemos a nível das respostas a questões anteriores.

As actividades relacionadas com as alterações da Comunicação/linguagem, 14,4%.

Tabela 7 – Distribuição das respostas dos inquiridos segundo o tipo de apoio ou actividades desenvolvidas com as crianças

Tipo de apoio (ou actividades)	Nº	%
Apoio educativo	21	21,6
Apoio na comunicação/linguagem	14	14,4
Apoio emocional/personalidade	20	20,6
Estimulação do desenvolvimento psico-motor	8	8,2
Actividades de hidroterapia	8	8,2
Actividades de hipoterapia	6	6,2
Encaminhamento para consultas	5	5,2
Acompanhamento a consultas	4	4,1
Apoio em todas as áreas do desenvolvimento	3	3,1
Sessões de fisioterapia	2	2,1
Apoio do serviço social	2	2,1
Apoio sócio-económico	1	1,0
Apoio na higiene da criança	1	1,0
Não respondeu	2	2,1
Total	97	100,0

Segundo a opinião das famílias o trabalho desenvolvido entre os técnicos e as famílias ajuda-as a aprender e continuar as actividades desenvolvidas pelo técnico com a criança.

A família só pode ser um parceiro activo na intervenção com a criança se o técnico disponibilizar toda a “**Informação**” necessária. Essa informação dada pelos técnicos é segundo as famílias sobre a intervenção que é realizada

com a criança, sobre a interacção mãe/criança, sobre a deficiência, a evolução da criança, sobre a educação e nomeadamente sobre as capacidades da criança e da família.

O “Apoio” é uma actividade desenvolvida com a família porque não é fácil lidarmos com crianças com problemas. Assim o apoio emocional, social e educativo e clínico são a chave da intervenção com a família e nomeadamente quando o técnico ajuda a mãe na intervenção cm a criança.

Uma actividade desenvolvida é a “Avaliação” das suas competências e da criança para que a família perceba que todos têm capacidades para intervir. Este trabalho vai complementar o que é desenvolvido durante o apoio.

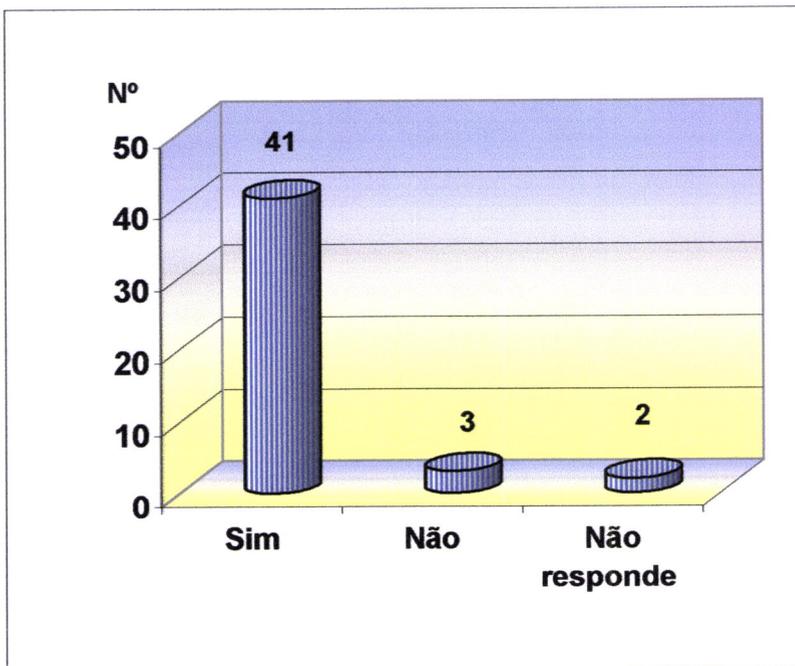
Quadro Nº 10 – Identificação do trabalho desenvolvido entre os técnicos e a família

TEMA: ACTIVIDADES COM A FAMÍLIA

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
INFORMAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> * Intervenção * Interacção * Deficiência * Evolução * Educação * Capacidades da criança/família
APOIO	<ul style="list-style-type: none"> * Emocional * Social * Clínico * Actividades da criança
AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> * Trabalho da família/competências * Criança

Os pais de 41 (89,1%) crianças sentem-se preparados para apoiar os seus filhos, enquanto que 3 (6,6%) manifestam falta de preparação para apoiar as crianças, como podemos observar no gráfico seguinte.

Gráfico Nº 42 – Distribuição das respostas dos inquiridos segundo se sentem preparados para apoiar a criança



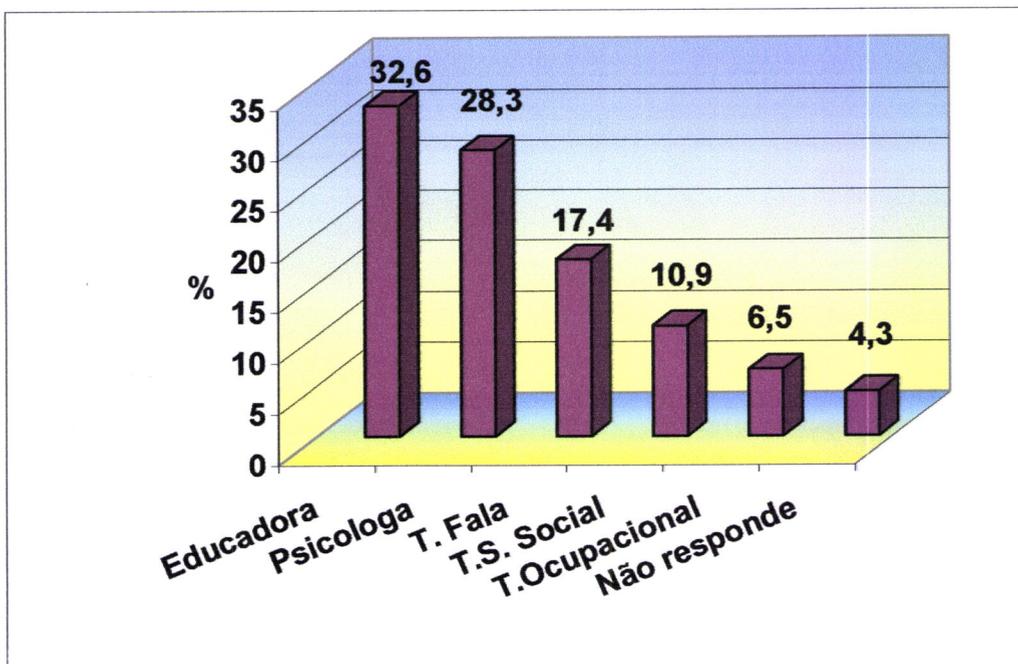
Segundo a opinião dos inquiridos a Educadora é a técnica que tem mais crianças das quais é responsável de caso, 15 o que significa 32,6% da população.

A Psicóloga é a técnica que tem a seu cargo 13 crianças ou seja 28,3%.

A terapeuta da fala é responsável de caso de 17,4% e a Técnica Superior de Serviço Social é responsável por 10,9% da população.

Ao compararmos os resultados do gráfico no 28, 32 e 43 estão em evidência os mesmos técnicos ou seja iniciaram a intervenção e se tudo correr normalmente vão manter-se até final da intervenção.

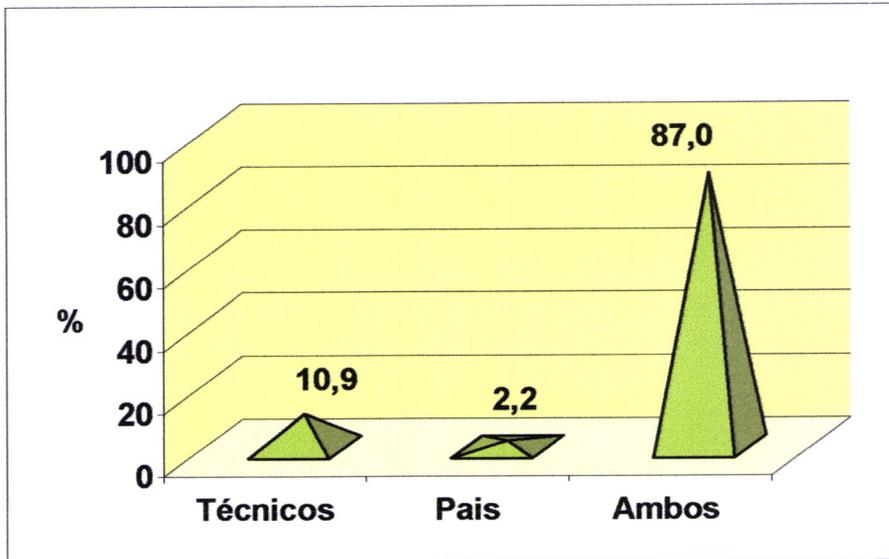
Gráfico Nº 43 – Distribuição da percentagem de crianças pelos responsáveis de caso



Relativamente ao contexto de intervenção para a nossa população em estudo, 87% foi escolhido em parceria pelas famílias e técnicos.

Os técnicos determinaram o contexto de 10,9% que corresponde em termos absolutos a 5 crianças e 2,2% foi escolhido só pelos pais como é possível observar o gráfico nº 44.

Gráfico Nº 44 – Distribuição da percentagem de respostas dos inquiridos por quem determinou o contexto de intervenção



A natureza da IP é influenciada pelo contexto no qual se desenvolve. Actualmente valorizam-se os contextos mais alargados o que levou as famílias e os técnicos à procura dos recursos na comunidade, nomeadamente de actividades que promovam o desenvolvimento e competências da criança/família.

O contexto de intervenção varia de acordo com as necessidades da criança ou família.

Só no Jardim-de-infância:

Este contexto é utilizado por 34,8% da nossa população, que em termos absolutos significa que 16 têm como único contexto a escola.

Só no domicílio:

Este contexto de intervenção é muito “rico”, 26,1% das crianças/famílias usufruem dele. O desejado era que todas as famílias além terem outros contextos de intervenção o domicílio pudesse ser também uma realidade para todas as crianças.

Domicílio e J. Infância:

Utilizar vários contextos de intervenção é aprofundar os conhecimentos sobre a criança e permitir-lhe o desenvolvimento das suas competências. Cerca de 15% (7) da população em estudo a intervenção é feita nos referidos contextos conforme as necessidades da criança/família.

J. Infância e comunidade:

O jardim-de-infância e comunidade são contextos utilizados por 8,7% (4) da população. A comunidade permitiu a estas crianças desenvolver actividades de hidroterapia e hipoterapia.

Domicílio, J. Infância e comunidade:

Apesar da variedade de contextos só 3 crianças usufruem desta oportunidade o que representa 6,5% da população.

Tabela 8 – Distribuição das crianças pelos diversos contextos de intervenção

Contextos de Intervenção	Nº	%
Só no domicílio	12	26,1
Só na Creche	0	0,0
Só no J. Infância	16	34,8
Domicilio e creche	0	0,0
Domicilio e J. Infância	7	15,2
Domicilio e comunidade	2	4,3
Creche e comunidade	1	2,2
J. Infância e comunidade	4	8,7
Domicilio, Creche e comunidade	1	2,2
Domicilio, J. Infância e comunidade	3	6,5
Outro	0	0,0
Total	46	100,0

A periodicidade da intervenção é determinada de acordo com as necessidades da criança/família, assim como o tipo e quantidades de apoio.

Semanal:

Foi dado apoio semanal a 39 crianças o que em termos percentuais representa 58,2% da população.

Diária:

A intervenção diária geralmente destina-se a crianças que têm apoio educativo. A intervenção é diária para 26,9% das crianças.

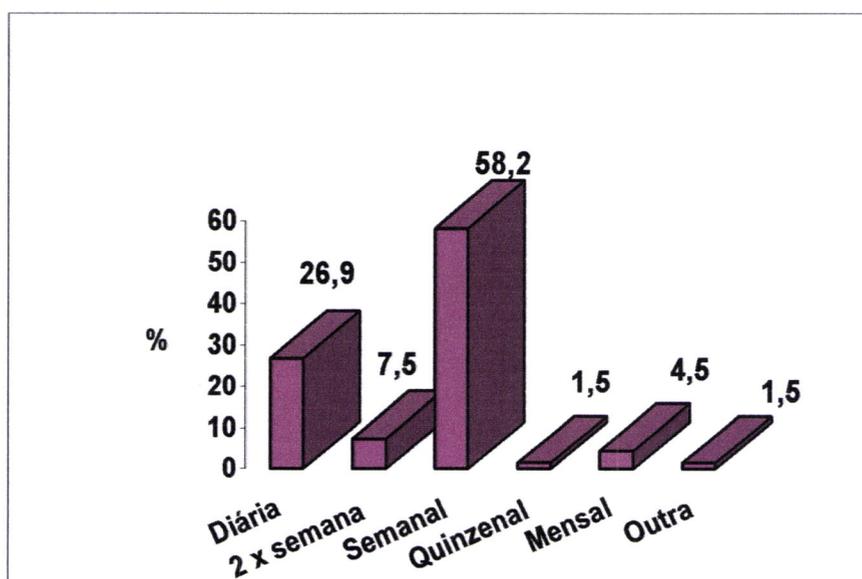
Duas vezes por semana:

O apoio dado a 5 crianças ou seja 7,5% teve periodicidade de 2 vezes por semana.

Mensal:

Mensalmente presta-se apoio a 3 crianças o que corresponde a 4,5% da população.

Gráfico N° 45 – Distribuição da percentagem de crianças segundo a periodicidade do apoio



Mãe:

Relativamente ao grau de afinidade entre os inquiridos e as crianças tivemos uma grande concentração de respostas dadas pelas mães, o que não é de estranhar visto que a mulher é considerada a primeira e mais importante cuidadora dos filhos.

Os questionários foram respondidos por 37 mães o que corresponde a uma percentagem de 80,4% das respostas.

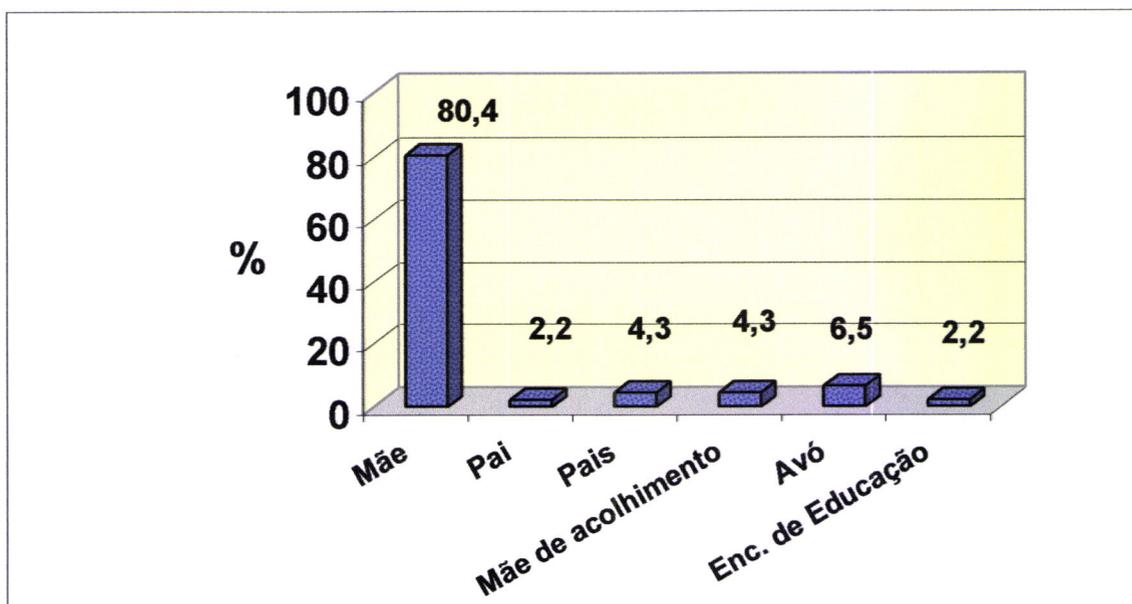
Avó:

Obtivemos 6,5% das respostas através do contributo das avós aliás não fossem elas o primeiro recurso das famílias.

Pais:

Apenas dois casais responderam em conjunto ao questionário o que representa 4,3 %.

Gráfico N° 46 – Distribuição da percentagem de respostas dos inquiridos segundo o grau de afinidade com a criança



1.7 – A percepção das famílias sobre os serviços prestados pelos técnicos

A última parte do questionário é constituída por 14 itens que pretendem identificar a percepção das famílias sobre o trabalho dos técnicos. Os itens estão cotados numa escala de Likert de 5 pontos em que o ponto 1 corresponde a “Não desejo os serviços”, o ponto 2 “Não Ajudou Nada”, o ponto 3 “Ajudou Pouco”, o ponto 4 “Ajudou” e o ponto 5 corresponde a “Ajudou Muito”.

O gráfico nº 47 apresenta as distribuições percentuais das respostas dos inquiridos por cada um dos 14 itens. Todos os itens apresentam uma grande concentração da percentagem das respostas num dos extremos da escala de Likert (“Ajudou muito” e “Ajudou”).

“A informação que lhe foi dada sobre a situação do seu filho(a) ”.

Observa-se uma concentração das respostas num dos extremos da escala de Licker, 73,9% consideram que **ajudou muito** e 26,1% refere que **ajudou**.

“ O apoio directo que é dado ao seu filho(a)”.

Os totais das respostas dos inquiridos foram divididos 76,1% e 23,9% por **ajudou muito** e **ajudou** respectivamente.

“ A forma como os técnicos se relacionam com o seu filho”.

As famílias sentem-se muito satisfeitas, tanto que 82,6% dos inquiridos admitem que a forma como os técnicos se relacionam com a criança **ajudou muito** no processo, e 17,4% consideram que **ajudou**.

“ A oferta de actividades de grupo facultadas pelo serviço”.

Este item tem uma particularidade, porque nem todas as crianças por opção dos pais participavam nas actividades de grupo realizadas na comunidade o que nos levou a considerar que **não deseja os serviços** a 6,5% da população.

Apesar do que foi referido 78,3% da população considera que a oferta de actividades de grupo facultadas pelo serviço **ajudou muito** no processo de intervenção e 15,2% considera que **ajudou**.

“A orientação e apoio dada aos pais sobre como cuidar do seu filho(a) deram segurança”.

Tudo o que seja para melhorar os cuidados aos filhos é sempre bem aceite pela família. Assim 71,7% entende que a referida orientação e apoio **ajudou muito**, 28,3% considera que **ajudou**.

“Apoio emocional que lhe é dado a si enquanto mãe da criança”.

Só 69,6% dos inquiridos considerou o apoio emocional dado à mãe como tendo **ajudado muito**, no entanto 30,4% acredita que **ajudou**.

“O apoio ajudou-o/a a lidar com as suas emoções”.

Relativamente ao apoio para lidar com as emoções 82,6% dos inquiridos referem que **ajudou muito**, 17,4% considera que **ajudou**. Ao relacionarmos este item com o anterior verificamos que existe uma pequena percentagem (13%) de mães que valorizaram menos o apoio emocional e neste item revelam o interesse pelo referido apoio.

“O apoio ajudou-o(a) a ver as capacidades e os problemas da sua criança”.

As respostas dos inquiridos estão distribuídas igualmente nos dois níveis superiores, 71,7% consideram que o apoio **ajudou muito** na percepção das capacidades e problemas da criança, 28,3% considera que **ajudou**.

“A IP ajuda-a a sentir-se mais confiante para resolver o problema da criança/família”.

A maior percentagem de inquiridos, 63% entende que a IP **ajudou muito** a família a sentir-se confiante perante o problema enquanto que para 37% refere que **ajudou**.

“Sente que de IP o/a compreende”.

A maior percentagem da população, 65,2% considera que a IP (técnicos) **ajudou muito** compreendendo as famílias como singulares que são. Um pouco menos, 34,8% considera que **ajudou**.

“Orientação para outros serviços/técnicos de que a criança necessita”.

Relativamente a este tipo de apoio 80,4% dos inquiridos considera que **ajudou muito** e 19,6% que **ajudou**.

“Coordenação entre os vários serviços/técnicos de que a criança usufrui”.

A coordenação estabelecida com os serviços **ajudou muito** 73,9% e **ajudou** 26,1% dos inquiridos.

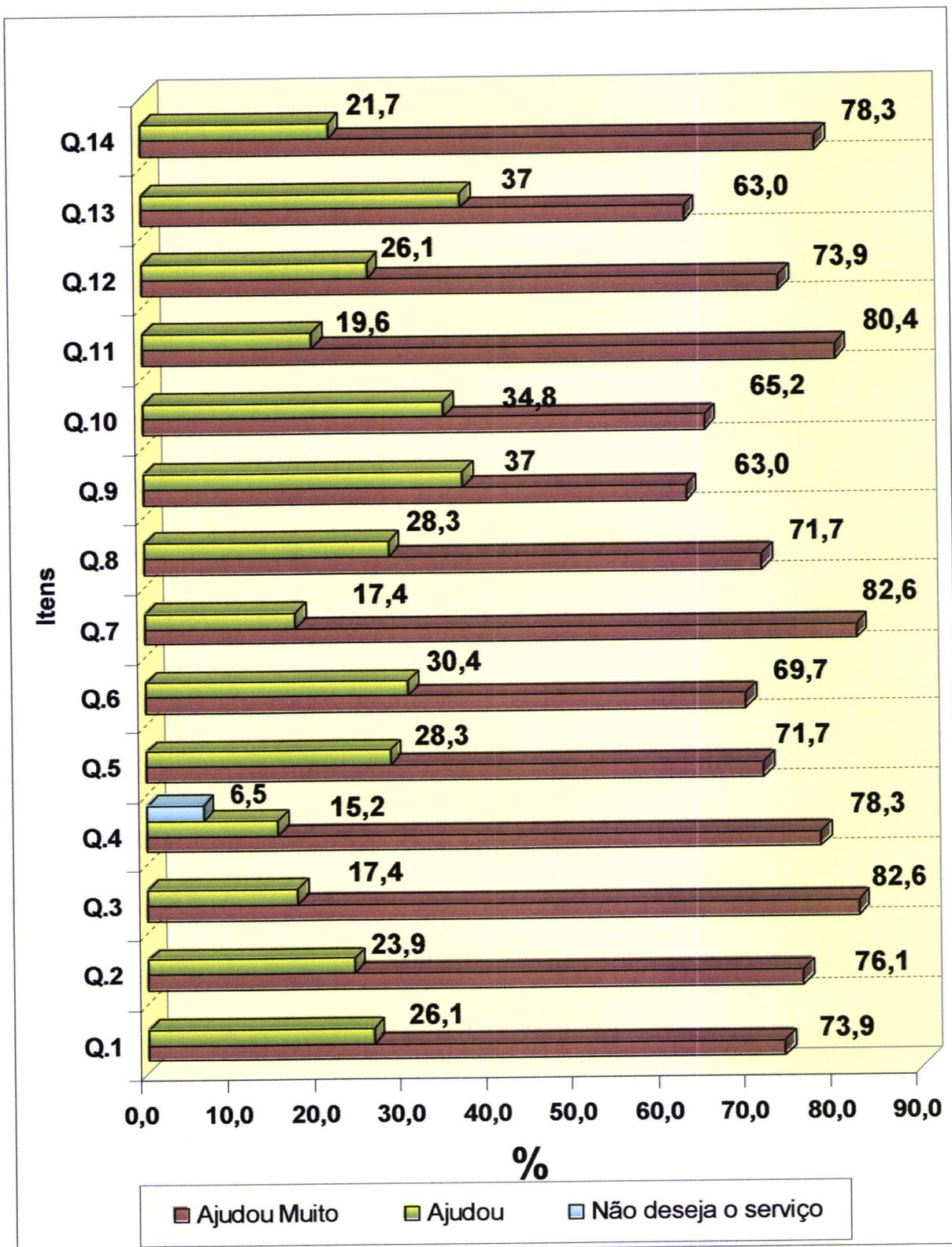
“Os técnicos aceitam as suas decisões”.

Segundo a opinião de 63% dos inquiridos o facto dos técnicos aceitarem as decisões da família **ajudou muito** e 37% referem que **ajudou**.

“Os técnicos mostram-se disponíveis sempre que a família solicita os serviços”.

A resposta a este item não nos surpreendeu porque a equipa trabalha para que tal aconteça. Assim 78,3 % das nossas famílias revelaram que os técnicos estão sempre disponíveis e isso **ajudou muito**, e 21,7% que a disponibilidade dos técnicos **ajudou**.

Gráfico N°47 – Distribuição das respostas dos inquiridos segundo a percepção das famílias sobre a Intervenção dos técnicos



CONCLUSÕES

As famílias, ao longo dos tempos tem sofrido enormes alterações a nível da sua estrutura, os divórcios assim como a formação de outras famílias (recompostas), dão lugar a situações mal resolvidas originando alterações a nível do funcionamento familiar o que contribuem para o desconforto e instabilidade dos filhos.

A população estudada é maioritariamente do sexo masculino representando cerca de 59% das crianças. A média de idade do sexo masculino e feminino é de 4,7 e 3,7anos, respectivamente.

O meio escolar é o contexto mais escolhido para as crianças verificando-se que 85,2% é do sexo masculino e 58% do sexo feminino. Em casa permanece uma percentagem de 42% do sexo feminino superando o sexo masculino que é apenas 14,8%.

As entidades que detectaram o problema na criança foram nomeadamente o Serviço de Saúde 37% (17) dos problemas e o Serviço da Educação 35% (16). É de salientar que os pais demonstraram ser intervenientes activos, porque 17% conseguiram detectar o problema da sua criança.

A filosofia da IP defende que o problema na criança deve ser detectado o mais precoce possível. Na nossa população verificamos que até 1 ano de idade foram identificados os problemas a cerca de 20% da população o que corresponde a 9 crianças. Entre 1 e 3 anos temos a grande percentagem (43,5%) de casos identificados (20).

Relativamente à problemática das crianças, a categoria “Outras” apresenta uma percentagem superior às restantes, 31% que englobam o risco sócio-ambiental, problemas do comportamento, perturbações do foro

emocional/personalidade, défice cognitivo e problemas de interacção (espectro autista). Nesta categoria está incluída praticamente metade da população (20).

Segundo a opinião da família cerca de 30% da população tem problemas de comunicação/linguagem. Apresentam problemas de atraso desenvolvimento global cerca de 12%.

De acordo com a composição do agregado familiar temos 30 (68%) famílias nucleares, 6 (14%) famílias alargadas, 5 (11%) monoparentais, 2 (5%) de acolhimento e 1 (2%) família institucional.

A avaliação global da escolarização por sexo demonstra que 53% do sexo feminino e 47% do masculino têm algum tipo de escolarização mas um nível muito baixo. Em termos absolutos 13 mães e 15 pais possuem o 1º Ciclo apesar de serem pessoas relativamente jovens. Cerca de 30% dos pais têm entre 20-29 anos e 57% entre 30 e 39 anos.

A situação perante o trabalho 59% (49) dos cuidadores são pessoas activas e empregadas, 13% (11) são activas mas empregadas a tempo parcial. Os restantes ou estão desempregados, ou trabalham uns dias de quando em vez.

Relativamente à profissão dos pais cerca de 75% dos trabalhadores das nossas famílias incluem-se nos não classificados.

A situação económica segundo a opinião dos inquiridos 41% classificaram-se na categoria "Razoável", é "Boa" para 34% das famílias.

Relativamente aos subsídios, 38,6% das famílias recebem algum tipo de subsídio. O Rendimento Social de Inserção está a ser auferido por 6 famílias (35,3%). O Subsídio de Emprego é recebido por 3 famílias (17,6%) e o de Deficiência adquire iguais valores.

No que concerne à habitação cerca de metade da população (46%) tem casa própria e 45% o imóvel é alugado mas destes quatro precisam de

melhoramentos, como vai ser expresso na questão sobre as necessidades das famílias.

A integração das crianças/famílias no PIPES, após a sua sinalização, aconteceu muito rapidamente porque o primeiro contacto entre família e o técnico ocorreu entre a primeira e segunda semana, segundo a opinião de 85% das famílias.

O primeiro contacto foi marcado de acordo com a disponibilidade da família segundo a opinião de 75% dos inquiridos.

O domicílio foi o contexto escolhido por 53% da população para o 1º contacto entre os técnicos e a criança/família. O meio escolar constitui também um espaço privilegiado e foi o espaço escolhido por 39% das famílias.

Os técnicos que estiveram presentes no primeiro encontro com maior percentagem de famílias foram a Educadora (31%) e a Psicóloga (26%), os quais são seleccionados segundo a sua área de formação a que esteja mais relacionada com o motivo expresso na ficha de sinalização. Habitualmente no 1º encontro vão sempre dois técnicos, sendo este último, aquele que apresentar maior disponibilidade.

Das 44 famílias apoiadas pelo PIPES, 38 (86%) referiram ter recebido informação dos técnicos sobre o funcionamento do nosso serviço.

Relativamente às expectativas da família em relação ao apoio, na fase de integração no programa, foram identificadas, a “**Informação**” (12 famílias), o “**Apoio**” expresso por todas as famílias. A “**Comunicação**” e a “**Integração Social**”.

A “**informação**” que as famílias esperavam dos técnicos estava relacionada com o diagnóstico clínico, com o encaminhamento clínico e educação. A informação representava 14,4% das expectativas das famílias.

O **“apoio”** é de todas as expectativas a mais representativa atingindo cerca de 63%. Nesta categoria destaca-se o apoio emocional e clínico com cerca de 22% e 23% respectivamente.

A **“Comunicação”** representa no total **10,8 %** das expectativas as quais se concentram em maior percentagem (7,2%), nas **“Preocupações”**.

A **“Integração Social”** enquanto expectativa representa 12% das expectativas das famílias.

Das 46 crianças que constituem a nossa população 63% são atendidas só pelo nosso serviço e 37% são seguidas também por outros serviços de especialidades.

A avaliação é uma etapa muito importante do processo de intervenção. Segundo as famílias a 70% das crianças foi feita com a participação do cuidador e 30% na sua ausência. O ideal seria a presença de todas famílias durante as várias avaliações realizadas ao longo do processo de intervenção.

Relativamente ao contexto de avaliação, 19 crianças (41%) foram avaliadas no domicílio. Este foi o mais representativo é o contexto mais natural e abrangente, no entanto é algo que temos que melhorar, elevar esta percentagem.

Apesar da literatura também considerar o meio escolar um contexto rico e natural não será tanto quanto o domicílio. A avaliação a 39,1% das crianças ocorreu no meio escolar. O ideal seria utilizar os dois contextos para uma avaliação mais aprofundada.

A avaliação de 11% (5) da população ocorreu em vários contextos, o que a torna mais abrangente. Esta opção é tomada quando há necessidade de esclarecer dúvidas ou aprofundar determinadas áreas da avaliação.

Da população em estudo, 67,4% já foi avaliada várias vezes, no entanto seria desejável que nos aproximássemos dos 90%.

Os resultados das avaliações de 53,6% das crianças foram transmitidos às famílias através de informação oral, 29,3% receberam informação oral e escrita e 17% receberam informação escrita. A informação escrita tem vantagens mas nós técnicos relacionamo-nos com ela ainda com um certo receio.

As famílias identificaram como necessidades, a “Informação”, necessidades “económicas”, de “acompanhamento”, de “comunicação” e “Apoio Social”. Ao analisarmos as necessidades com as expectativas verificamos que existe relação entre elas.

A informação continua a ser referenciada como uma necessidade nomeadamente sobre a deficiência da criança, sobre serviços e consultas que frequentam, sobre a educação e acompanhamento clínico.

As necessidades “**Económicas**”, estão relacionadas com a falta de “Emprego”, “Alimentação e vestuário”.

A necessidade de “**Acompanhamento**” abrange uma área muito grande. Quando a necessidade é do acompanhamento “emocional” temos as famílias que não compreendem o comportamento do seu filho, não sabem lidar com a situação.

O acompanhamento “Clínico” foi uma necessidade expressa pelas famílias que requeriam a nossa presença em consultas de diversa áreas.

O acompanhamento “Educativo” era necessidades das crianças/famílias com Necessidades educativas Especiais.

A “**Comunicação**” é uma necessidade sentida pelas famílias que têm preocupações a qualquer nível precisam de “desabafar” com o técnico ou outras pessoas.

Na necessidade de “**Apoio Social**”, salientam-se a “Integração de crianças em meio escolar.

Famílias com necessidades relacionadas com o “Transporte de crianças” para participarem nas actividades da comunidade e ainda transportar família/criança para consultas.

Este apoio social foi pedido por famílias a nível da “Gestão doméstica” e da “Promoção de competências maternas”.

As prioridades das famílias relativas às necessidades atrás identificadas, foram agrupadas em quatro categorias, “Informação”, “Económicas” “Acompanhamento” e “Apoio social”.

Na opinião das famílias, os recursos informais mais utilizados em 22% são os avós da criança, o cônjuge 19% e os vizinhos 12%.

Relativamente aos formais 100% das famílias referiram o PIPES como sendo um recurso do qual podem usufruir sempre que necessário. A escola surge como o segundo recurso a 30 famílias (68%).

O Plano de Intervenção, segundo a literatura deveria ser feito em parceria com a família, é um meio de envolver os pais no processo de intervenção. Dos inquiridos 84,8% revelaram ter conhecimento do referido Plano.

Apesar de cerca de 96% dos inquiridos terem conhecimento dos objectivos só 45,7% tomou conhecimento quando realizou o PIAF.

As actividades desenvolvidas com as crianças são nomeadamente ligadas ao apoio educativo 21,6%, apoio emocional (20,6%) e actividades relacionadas com as alterações da Comunicação/linguagem, 14,4%.

As actividades desenvolvidas com a família revelam uma relação com as necessidades anteriormente identificadas pelas famílias. A informação, apoio e avaliação foram os três pilares do trabalho do técnico com a família.

O primeiro engloba toda a informação relativa à intervenção com a criança, à interacção com a criança, sobre a evolução da situação, as competências da criança/família, sobre especificidades de algumas deficiências e sobre educação.

O apoio dado às famílias foi essencialmente emocional, clínico, social e a intervenção com as crianças.

A "Avaliação", é uma actividade desenvolvida com a família para perceberem (ambas) quais são as suas competências e da criança para que a família perceba que todos têm capacidades para intervir. Este trabalho vai complementar o que é desenvolvido durante o apoio.

Dos inquiridos 89,1% sentem-se preparados para apoiar os seus filhos, no entanto 6,6% manifestam falta de preparação para apoiar as crianças.

Relativamente ao contexto de intervenção para a nossa população em estudo, 87% foi escolhido em parceria pelas famílias e técnicos, e cerca de 11% foi escolhido pelo técnico.

- ▶ 34,8%, das crianças o contexto de intervenção é só o meio escolar;
- ▶ 26%, das crianças o contexto de intervenção é no domicílio;
- ▶ 15%, das crianças o contexto de intervenção no domicílio e J. Infância;

Relativamente à periodicidade da intervenção:

- ▶ 58%, o apoio é semanal;
- ▶ 27%, o apoio é diário (educativo);

Os inquiridos foram essencialmente mães, 80,4% o que poderá limitar as conclusões do estudo em termos de família.

● A percepção das famílias sobre os serviços prestados pelos técnicos:

As distribuições percentuais das respostas dos inquiridos por cada um dos 14 itens, todos eles apresentam uma grande concentração da percentagem das respostas num dos extremos da escala de Likert (“Ajudou muito” e “Ajudou”).

▶ Relativamente ao papel da família no processo de intervenção e de acordo com a opinião dos inquiridos tiveram um papel activo durante o processo de intervenção, cada um à sua maneira, com competências que foram trabalhadas.

▶ É de salientar que 17% dos pais é que detectaram o problema do seu filho, demonstram preocupação com o seu filho em conhece-lo bem o que motiva mais as mães para a intervenção.

▶ 89% destas famílias tem conhecimento da situação problemática dos seus filhos;

▶ Identificaram os recursos formais e informais, significa estavam interessadas em colaborar no apoio à criança;

▶ A família sabe fazer o levantamento das suas necessidades relativamente à família e criança.

▶ É de salientar que os pais demonstraram ser intervenientes activos, 17% conseguiram detectar o problema da sua criança.

▶ 85% das famílias revelaram ter conhecimento dos objectivos que constam no plano e que está no processo da criança.

▶ 89% dos inquiridos referiram estar preparados para apoiarem o seu filho.

▶ A família e o técnico são parceiros no desenvolvimento da intervenção, 87% escolheram o contexto de avaliação e de intervenção.

Para terminar cada família tem o seu ritmo as suas competências que são muito particulares , então devemos respeitar o tipo de envolvimento familiar e o tempo em que tal vai acontecer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALARCÃO, Madalena;

2000 : (des) Equilíbrios Familiares: uma visão sistémica. 1ª Ed. Editora Quarteto.

ALMEIDA, Ana Nunes; ANDRÉ, Isabel Margarida

"O país e a família através das crianças - ensaio exploratório", Revista de Estudos Demográficos, Artigo 1.º, 5 : 35

ALMEIDA, Isabel Chaves

2000 : A Importância da Intervenção Precoce no Actual Contexto Sócio-Educativo, Cadernos CEACF 15/16, 55-74

ALMEIDA, João Ferreira ; PINTO, José Madureira

1995 : Investigação em Ciências Sociais , Lisboa : Editora Presença

BAIRRÃO, Joaquim in ou coord

1998 : "Os Alunos com Necessidade Educativas Especiais" - Subsídios para o Sistema de Educação, Conselho Nacional de Educação. 1ª ed. 7:33

BAIRRÃO. Joaquim

1994 "A Perspectiva Ecológica na Avaliação de Crianças com Necessidades Educativas Especiais e Suas Famílias: O Caso de Intervenção Precoce", Inovação Vol. 7, 1 : 37:48

BARDIN, Laurence

1995 : Análise de Conteúdo, Lisboa : Edições 70, 31-107

BJORK-AKESSON, E. ; GRANLUND, M.;SIMEONSSON, R.;

2000 : Assessement Philosophies and Pratices in Sweden. In M. J. Guralnick.(Eds.). Interdisciplinary Clinical Assessement of Young Children with Developmental Disabilities (pp.391-411) Baltimore: University of Washington, Pail H. Brookes Publishing Co.

BRAVNWALD, E.

1998 : "El Estúdio de Casos", Heant Disease, Philadelfia: Ed. Saundeors, 206-209

CORREIA, L.; SERRANO, A.

1997 : Envolvimento Parental na Educação do Aluno com NEE., In L. M. Correia (Ed.), Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares, Colecção Educação Especial 1. Porto: Porto Editora, Lda.

CORREIA, L.; SERRANO, A;

2000 : Envolvimento Parental em Intervenção Precoces: Das Práticas Centradas na Criança às Práticas Centradas na Família. Colecção Educação Especial 2. Porto: Porto Editora, Lda.

COSTA, Ana. M.

1981: Educação Especial. In Sistema de Ensino em Portugal. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

COSTA, Ana Maria Bernardo da

2003 : Comunicação no Encontro, "*Crianças e Jovens na Sociedade Portuguesa: do ordenamento Jurídico à Prática Institucional*"

COUTINHO, Teresa.

1996 : Intervenção precoce – Dificuldades, Necessidades e Expectativas das Famílias. Integrar, 10, 5-16

COUTINHO, Teresa.

1999 : **Intervenção Precoce: Estudo dos efeitos de um programa de formação parental destinado a pais de crianças com Síndrome de Down.** Tese de Doutoramento. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa.

CRAVEIRINHA, Fátima,

2003 : **Redes de apoio social em intervenção precoce: disponibilidade, utilidade e necessidades.** Dissertação de Mestrado em Educação Especial, Universidade Técnica, Lisboa.

Diário Oficial de las Comunidades Europeas

2002 "Integración de las personas con discapacidad en la sociedad",
Comité Económico Y social ES C 241/89 : 1

DOMINGUES, R. S.;

1997 : **Revista da FENACERCI, Maio A Carta de Luxemburgo.**

FELGUEIRAS, Isabel

1994 : **"As Crianças com Necessidades Educativas Especiais: Como Educar?".** Inovação. Vol. 7, 1 : 23 : 35

FILIFE, Inês.

2003 : **Seminário "Introdução à Intervenção Precoce ".** Évora
Universidade de Évora ou Equipas regional do Alentejo e Equipa distrital de Évora.

GIDDENS, Anthony.;

2004 : **Sociologia .** Edição Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa

GONÇALVES, Cristina

"Enquadramento familiar das pessoas com deficiência: uma análise exploratória dos resultados dos Censos 2001", Revista de Estudos Demográficos, Artigo 5.º , 69 : 94

GRUPO HELIOS I ;

1996 : Intervention Precoce. Information, orientation et guidance de familles.

GRUPO HELIOS II.:

La Buena Práctica en rehabilitación funcional. Prevención, detección temprana, intervención e integración. Una perspectiva global para los niños con discapacidad.

GRUPO EURLYAID .;

1991 : Atención precoz para niños que presenten trastornos del desarrollo . Manifiesto del Grupo Eurlyaid para una política futura de la Comunidad Europea. Elsemborn (Belgica).

GURALNICK, M.;

1997 : Seconde-Generation Research in the Field of Early. M. J. Guralnick (Ed.). The Effectiveness of Early Intervention. EUA. Paul H. Brookes Publ. Co., Inc.

GURALNICK, M.;

1997.: The effectiveness of early intervention. Paul H. Brookes Publishing Co, Baltimore.

HILL, Manuela Magalhães., HILL, Andrew

2005 : Investigação por Questionário, 2ª Ed., Edições Sílabo, Lisboa

INE;

2004: Estimativas da População Residente, Portugal, NUTS II, NUTS III e Municípios

INE,;

2005 : Destaque Informação à Comunicação Social, Outubro 2005

INE,;

2004 : Destaque, Informação à Comunicação Social: Dia Internacional da Família,

MAROCO, João.;

2003 : Análise Estatística: Com utilização do SPSS, 2ª Ed.,Edições Sílabo, Lisboa

MOTA, Maria Clara M. A. M. F.

**2000 Subsídios para o Estudo das Práticas em Intervenção Precoce: das práticas centradas na criança às centradas na família: que percurso?,
Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Educação da Criança, Porto.**

PEREIRA, Ana Paula

2005 "Práticas centradas na família: implicações na formação dos profissionais", Universidade do Minho 1:3

PEREIRA, Filomena

2002 "Contributos para o Estudo das Práticas de Intervenção precoce em Portugal", Lisboa : Ministério da Educação 11:77

PIMENTEL, J.

1997 : Um Bebé Diferente: Da Individualidade da Interacção à especificidade da Intervenção. Livros SNR 12. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência - 145 : 161

PIMENTEL, J.

2005 : Intervenção Focada na Família: desejo ou realidade: Livros SNR nº. 23 Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência: Lisboa

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc

1992 : Manual de Investigação em Ciências Sociais, Lisboa : Gradiva, 42-85

RELVAS, A.;

1996 : O Ciclo Vital da Família – Perspectiva Sistémica. Porto: Edições Afrontamento.

SERRANO, Ana Maria

2004: "A família na Intervenção Precoce: A evolução dos serviços de práticas centradas na família": Instituto de Estudos da Criança - Universidade do Minho - 1:4

SORIANO,V. (Dir.)

1999 : *Intervención Temprana en Europa. Tendencias en 17 países europeos.* Agencia Europea para el Desarrollo y la Educación Especial. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Madrid.

UNESCO.;

1994 : Necessidades Educativas Especiais. Declaração de Salamanca e Enquadramento da Acção. Inovação. Vol. 7, 1 (separata).

VEIGA, Maria Elisa

1995 Intervenção precoce – Estudo Introdutório, Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Educação da Criança, Porto : Flo de Ariana Pag. 56

YIN, Robert K.

1998 – *Case Study Research. Design and Methods*, Newbury Park, Sage Publications.

Legislação:

1999 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, DA SAÚDE E DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE , *Despacho Conjunto n.º 891/99*, 15566-15568

BIBLIOGRAFIA INFORMÁTICA

<http://www.er.uqam.ca/nobel/lire/textes/intervention.html>

<http://www.familia.gov.pt/text.php?menu=6&conteud>

http://ist.inserm.fr/basisrapports/handicap/handicap_ch13.pdf

ist.inserm.fr/basisrapports/handicap/handicap_ch13.pdf - 7 Out 2005 -

Publicação: Recenseamento da População e da Habitação (Alentejo) - Censos 2001 (NUTS 2002)

DOCUMENTOS CONSULTADOS:

- **Declaração da Assembleia de Reabilitação, 1996**
- **Declaração dos Direitos da Criança proclamada pela ONU 1959**
- **A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Crianças, 1989**
- **I Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade, 2006**
- **Processos das crianças/família.**

ANEXOS

QUESTIONÁRIO

INTRODUÇÃO

Sou a enfermeira Maria Antónia Gonçalves trabalho no Centro de Saúde de Estremoz e faço parte da Equipa do Programa de Intervenção Precoce do mesmo concelho. Neste momento estou a frequentar o IX Curso de Mestrado em Sociologia na Universidade de Évora e nesse âmbito estou a desenvolver um Trabalho de Investigação

Este Trabalho tem como objectivo o estudo do "Papel da família durante o processo de Intervenção Precoce segundo a opinião das famílias e dos técnicos".

O presente questionário é dirigido aos pais das crianças inseridos no programa de Intervenção Precoce e tem como finalidade a recolha de dados necessários à elaboração do referido trabalho. Esta recolha de informação só será possível através da sua colaboração no preenchimento deste questionário. Informo que durante a realização do trabalho todos os dados recolhidos serão tratados de forma a garantir o anonimato. O resultado deste trabalho vai depender da veracidade dos dados fornecidos (verdadeiros) e da sua resposta a todas as questões.

Antes de responder às questões leia atentamente as informações que passo a descrever.

O questionário é constituído por IX partes devidamente identificadas.

Para responder à maioria das perguntas só é necessário assinalar com um X na opção que corresponde à sua escolha e/ou preencha os espaços em branco (_____).

Existem algumas perguntas, que estão devidamente identificadas, às quais poderá responder a mais de uma opção. Na Parte III a questão n.º 1.3, na Parte IV a questão n.º 4 e na Parte VII as questões n.º 1; n.º 6 e n.º 7.

Quando responder a questões relacionadas com a idade da sua criança refira-se aos anos e meses se a criança tiver mais de um ano.

Os termos pais e família dizem respeito á família da criança (família nuclear) ou aos elementos que a substituem.

Agradeço posterior envio do questionário, até dia 26 de Julho de 2006.

Desde já agradeço a vossa atenção, disponibilidade e colaboração sem a qual será impossível realizar o trabalho a que me propus.

Com as melhores saudações para a família
A Enfermeira:

QUESTIONÁRIO AOS PAIS



PARTE I – IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

1 – Indique por favor, relativamente à criança:

1.1– Sexo:

- Feminino
 Masculino

1.2 – Idade:

_____ Anos e _____ Meses;

1.3 - Contexto Sócio-Educativo:

- Em casa
 Em Creche / jardim-de-infância
 Em Ama
 Em casa da Avó
 Outro: Qual? _____

2 - Quem detectou o problema na criança? _____

3 - Qual a idade da criança quando lhe foi detectado o problema? _____

4 - A família foi informada sobre o diagnóstico da criança?

1. Sim 2. Não

5 - Quais são as principais dificuldades da sua criança?

(escolha uma ou mais opções)

Não tem dificuldades

Atraso no desenvolvimento global

Dificuldades motoras

Dificuldades visuais

Dificuldades auditivas

Dificuldades na linguagem

Outras. Quais? _____

6 - Qual o encaminhamento que lhe foi oferecido relativamente ao apoio para a criança/família? _____

7 - Diga a idade da criança quando foi referenciada ao programa: _____

PARTE II – IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

1 – Indique por favor, relativamente ao agregado familiar da criança:

1.1 – Constituição:

Pai

Mãe

Avó

Avô

Irmãos

Outro. Quem? _____

1.2 – De acordo com a constituição, indique ainda os seguintes dados que caracterizam cada elemento do agregado:

Constituição	Idade	Estado civil (pais)	Habilitações Literárias	Profissão
Pai				
Mãe				
Irmão(a) 1				
Irmão(a) 2				
Avô				
Avó				
Outros				

1.3 – Situação profissional dos pais ou da pessoa com quem está a criança:

Situação profissional	Pai	Mãe	Outros
Empregado(a) a tempo parcial			
Empregado(a) a tempo inteiro			
Desempregado(a)			
Doméstica			
Reformado (a)			

1.4 – Situação económica segundo a opinião da família:

- Muito boa
- Boa
- Razoável
- Má
- Muito má

1.7.1 – Rendimento mensal do agregado familiar:

- Até 385.90 euros
- Entre 385.90 e 500 euros
- Entre 500 e 600 euros
- Entre 600 e 700 euros
- Entre 700 e 800 euros
- Entre 800 e 900 euros
- Entre 900 e 1000 euros
- Mais de 1000 euros

1.7.2 - Recebe algum subsídio da segurança social ou tem outras fontes de rendimento?

1. Sim 2. Não

1.7.2.1 – Se respondeu Sim, diga qual ou quais? _____

PARTE III - CARACTERÍSTICAS DA HABITAÇÃO

1 - A criança/família vive em casa:

- Própria
- Alugada
- Outro. Justifique: _____

1.2 - Quantas e quais são as divisões da sua casa? _____

1.3 - A habitação tem:

(Nesta pergunta escolha uma ou mais opções)

	1. Sim	2. Não
Água potável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Electricidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esgoto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTE I V – INTEGRAÇÃO NO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PRECOCE

1 - Após a sinalização da criança quanto tempo demorou para ter o primeiro contacto com os técnicos?

- Menos de uma semana
- Entre uma e duas semanas
- Entre duas e três semanas
- Entre três semanas e um mês
- Mais de um mês

1.1 - O primeiro contacto foi marcado:

- De acordo a disponibilidade da família
- De acordo a disponibilidade dos técnicos
- Ambos
- Outro. Qual? _____

1.2 - Esse primeiro contacto foi:

- No domicílio
- Na Creche / no jardim-de-infância
- Outros. Justifique: _____

1.3 - Quais os técnicos que estiveram presentes? _____

1.4 - Os técnicos informaram a família sobre a constituição da equipa e o funcionamento deste Programa de Intervenção Precoce?

1. Sim 2. Não

1.4.1 – Quais as expectativas da família relativamente ao apoio deste serviço? _____

2 – Além do Programa de Intervenção Precoce, criança é seguida por outro serviço?

1. Sim 2. Não

2.1 - Se respondeu Sim diga qual é o serviço e se existe articulação entre ambos os serviços. _____

PARTE V - AVALIAÇÃO DA CRIANÇA/FAMÍLIA NO ÂMBITO DO PROGRAMA

1 - Quais os técnicos que estiveram presentes na primeira avaliação da criança?

(Escolha uma ou mais opções)

- Educadora
- Psicóloga Clínica
- Médico
- Enfermeira
- Técnica de Serviço Social
- Terapeuta Ocupacional
- Terapeuta da Fala
- Outro. Qual? _____

2 - A avaliação foi feita:

- Em casa
- Na creche / jardim-de-infância
- Na sede do programa (centro de saúde)
- Em vários contextos. Especifique: _____
- Outro. Qual? _____

3 - A mãe ou a pessoa que tem a seu cuidado a criança participou da avaliação?

- 1. Sim** **2. Não**

4 - A família teve oportunidade de falar com o técnicos sobre as necessidades da criança/família?

1. Sim **2. Não**

4.1 - Independentemente do que respondeu diga quais eram as necessidades da criança/família:

4.2 - Diga, em termos de prioridades, quais as necessidades que gostaria de solucionar em primeiro lugar com o apoio do técnico?

6 - Relativamente aos recursos informais da família, esta pode contar com o apoio:

(Escolha uma ou mais opções)

- Avós
- Irmãos da criança
- Familiares maternos
- Familiares paternos
- Do cônjuge
- Dos vizinhos
- Dos amigos
- Colegas de trabalho
- Grupos sociais
- Outros. Identifique: _____

7 - Assinale os recursos formais com que pode contar para apoiar a criança/família:

(escolha uma ou mais opções)

- Creche/jardim-de-infância
- Serviços (Saúde, Social, Educação especializados etc.)
- Programa de Intervenção Precoce
- Profissionais
- Outro. Qual? _____

8 - Já foi feita nova avaliação à sua criança no contexto deste programa?

1. Sim 2. Não 3. Não sei

9 - Os técnicos informam a família sobre os resultados das avaliações?

1. Sim 2. Não

9.1 - Se respondeu Sim diga como foi informada(o):

- Através de informação oral;
- Através de relatório escrito;
- Ambos;
- Não tem informação;

PARTE VI - PLANO DE INTERVENÇÃO

1 - O plano de intervenção da criança/família foi discutido e feito:

- Pelos técnicos
 - Pelos pais
 - Por ambos
 - Por outros. Justifique: _____
- _____

2 - Relativamente ao conhecimento dos objectivos para a intervenção:

- Desconhece os objectivos da intervenção
- Tem um conhecimento informal dos objectivos
- Tomou conhecimento quando realizou o Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF)
- Tomou conhecimento quando analisou o Plano Educativo Individual (PEI)

3 - Descreva o tipo de apoio ou actividades que estão a ser desenvolvidas com a sua criança: _____

4 - Descreva o trabalho que o técnico está a desenvolver com a família:

5- Sente-se preparado(a) para participar no apoio ao seu filho(a)?

1. Sim 2. Não

6 - Qual é o técnico responsável pelo caso do seu filho(a)? _____

7 - O contexto da intervenção foi escolhido:

- Pelos técnicos
 Pelos pais
 Por ambos

8 - A intervenção é desenvolvida:

- Em casa
 Na creche / jardim-de-infância
 Na sede do programa (centro de saúde)
 Outro. Qual? _____

9 - Qual a periodicidade da intervenção:

(escolha uma ou mais opções se a criança tiver mais que um tipo de apoio)

- Diária
 Duas vezes por semana
 Semanal
 Quinzenal
 Mensal
 Outra: Qual? _____

11 – Qual o seu grau de “parentesco” face à criança apoiada? _____

VII- PERCEÇÃO DAS FAMÍLIAS SOBRE OS SERVIÇOS PRESTADOS PELOS TÉCNICOS

Relativamente ao apoio e serviços prestados pelos técnicos gostaríamos de saber a **sua opinião** sobre a contribuição do nosso Programa para a sua criança e família. Para responder terá apenas de nos indicar de entre as seguintes possibilidades de resposta que corresponde à sua opção colocando uma cruz por cima do respectivo número.

	Não deseja estes serviços	Não Ajudou Nada	Ajudou Pouco	Ajudou	Ajudou Muito
1 - A informação que lhe foi dada sobre a situação do seu filho(a):	0	1	2	3	4
2 - O apoio directo que é dado ao seu filho(a):	0	1	2	3	4
3 - A forma como os técnicos se relacionam com o seu filho:	0	1	2	3	4
4 - A oferta de actividades de grupo facultadas pelo serviço:	0	1	2	3	4
5 - A orientação e apoio dada aos pais sobre como cuidar do seu filho(a) deu-lhe segurança:	0	1	2	3	4
6 - Apoio emocional que lhe é dado a si enquanto mãe da criança:	0	1	2	3	4
7 - O apoio ajudou-o/a a lidar com as suas emoções:	0	1	2	3	4
8 - O apoio ajudou-o(a) a ver as capacidades e os problemas da sua criança:	0	1	2	3	4
9 - A IP ajuda-a a sentir-se mais confiante para resolver o problema da criança/família:	0	1	2	3	4
10 - Sente que de IP o/a compreende:	0	1	2	3	4
11 - Orientação para outros serviços/técnicos de que a criança necessita:	0	1	2	3	4
12 - Coordenação entre os vários serviços/técnicos de que a criança usufrui:	0	1	2	3	4
13 - Os técnicos aceitam as suas decisões:	0	1	2	3	4
14 - Os técnicos mostram-se disponíveis sempre que a família solicita os serviços:	0	1	2	3	4

INDICE DE QUADROS	Pag.
Quadro Nº1 – Serviços de IP na Europa dos quinze e Islândia e Noruega 1998	45
Quadro Nº 2 – Tipos de Apoio em Intervenção Precoce	47
Quadro Nº 3 – Ajudas económicas para as famílias.....	50
Quadro Nº4 – Intervenção Precoce de acordo com o Despacho Conjunto 891/99	107
Quadro Nº 5 – Distribuição do agregado familiar dos inquiridos por sexo e grupo etário	130
Quadro Nº 6 – Identificação das expectativas das famílias sobre o apoio do PIPES	142
Quadro N.º 7 – Análise das ocorrências	149
Quadro Nº 8 – Identificação das necessidades das crianças/famílias	157
Quadro Nº 9– Identificação das prioridades relativas às necessidades das crianças/famílias	158
Quadro Nº 10 – Identificação do trabalho desenvolvido entre os técnicos e a família	167

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das crianças segundo a idade a que lhe foi detectado problema	124
Tabela 2 – Distribuição do tipo problemática pelas crianças, segundo a opinião dos inquiridos	126
Tabela 3 – Distribuição das crianças segundo as idades a que foram referenciadas ao PIPES	128
Tabela 4 – Rendimento mensal por família	136
Tabela 5 – Subsídios auferidos por família.....	137
Tabela 6 – Distribuição das crianças segundo a informação revelada à família sobre novas avaliações	162
Tabela 7 – Distribuição das respostas dos inquiridos segundo o tipo de apoio ou actividades desenvolvidas com as crianças166
Tabela 8 – Distribuição das crianças pelos diversos contextos de intervenção	172

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Evolução do número de crianças por Grupos Etários, Portugal, 1981 – 2001	52
Figura 2 – Evolução do número de crianças por regiões, Nuts II, 1981 – 2001.....	53
Figura 3 – Crianças na população total por regiões, Portugal, 2001.....	54
Figura 4 – Estrutura Etária da População Infantil por sexos, Portugal, 2001.....	54
Figura 5 – Pirâmide Etária, Portugal, 1994 – 2004	56
Figura 6 – Componentes do Modelo de Avaliação e Intervenção (Dunst, Trivette e Deal 1988)	86

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico Nº 1 – Distribuição percentual dos núcleos familiares, por tipo de núcleo, Portugal, 1991 – 2001.....	167
Gráfico Nº2 – Estrutura etária da População dos 0 – 6 anos por sexo, Portugal – 2001.....	57
Gráfico Nº3 – Estrutura etária da População dos 0 – 6 anos por sexo, Alentejo Central – 2001.....	58
Gráfico N.º 4 – Estrutura etária da População dos 0 – 6 anos por sexo, concelho de Estremoz – 2001.....	59
Gráfico Nº 5 – Distribuição da população com deficiência por sexo e classe etária, Portugal, 2001.....	60
Gráfico Nº 6 – Distribuição da população com deficiência, por tipo de deficiência, Portugal 2001	62
Gráfico Nº 7 – Distribuição da população com deficiência por sexo e classe etária, Alentejo Central, 2001.....	63
Gráfico Nº 8 – Distribuição da população com deficiência, por tipo de deficiência, Alentejo Central 2001.....	64
Gráfico Nº9 – Distribuição da população com deficiência por sexo e classe etária, Concelho de Estremoz, 2001.....	65
Gráfico Nº 10 – Distribuição da população com deficiência, por tipo de deficiência, Concelho de Estremoz, 2001.....	66
Gráfico Nº11 – Distribuição da população por sexo	67

Gráfico Nº12 – Distribuição da população por idade e sexo	120
Gráfico Nº13 – Distribuição segundo o contexto sócio-educativo	121
Gráfico Nº 14 – Distribuição das crianças por serviços ou pessoas que detectaram o problema	121
Gráfico Nº 15 – Distribuição das famílias segundo receberam, ou não, informação sobre o problema da criança	122
Gráfico Nº 16 – Distribuição das crianças por serviços	124
Gráfico Nº17 – Distribuição da população inquirida por tipo de família ...	127
Gráfico Nº18 – Distribuição dos inquiridos segundo o estado civil	129
Gráfico Nº19 – Níveis escolares das pessoas que têm a cargo a criança	130
Gráfico N.º 20 – Situação dos cuidadores da criança perante o trabalho ..	132
Gráfico Nº 21 e 22 – Situação da mãe e do pai perante o trabalho	133
Gráfico Nº 23 – Domínio das actividades dos inquiridos e respectivos cônjuges.....	134
Gráfico Nº 24 – Situação económica segundo a opinião dos inquiridos ...	135
Gráfico Nº 25– Distribuição das famílias por tipo de habitação	138
Gráfico Nº 26 – Distribuição das habitações pelo número divisões.....	138

Gráfico N° 27 – Distribuição das crianças segundo o tempo de espera pelo 1º contacto com os técnicos	140
Gráfico N° 28 – Marcação do 1º contacto segundo a disponibilidade dos intervenientes	141
Gráfico N° 29 – Distribuição dos 1ºs contactos segundo o contexto onde se realizaram	142
Gráfico N° 30 – Distribuição dos técnicos pelo 1º contacto com a criança/família	143
Gráfico N° 31 – Distribuição das famílias segundo receberam informação, ou não sobre o funcionamento do PIPES	144
Gráfico N° 32 – Distribuição das crianças seguidas só pelo PIPES ou em simultâneo por outros serviços	150
Gráfico N° 33 – Distribuição das crianças seguidas por outros serviços ..	151
Gráfico N° 34 – Distribuição dos técnicos pela 1ª avaliação à criança/família	152
Gráfico N° 35 – Distribuição das crianças segundo o contexto da 1ª avaliação	153
Gráfico N° 36 – Distribuição das crianças segundo a participação do cuidador na avaliação	154
Gráfico N° 37 – Distribuição das crianças segundo a exposição das necessidades pela família	155

Gráfico Nº 38 – Distribuição dos recursos informais segundo a opinião das famílias	160
Gráfico Nº 39 – Distribuição dos recursos formais segundo a opinião das famílias	161
Gráfico Nº 40– Distribuição das crianças segundo a existência de novas avaliações	162
Gráfico Nº 41 – Distribuição da informação às famílias segundo a forma de acesso	163
Gráfico Nº 42 – Distribuição das respostas dos inquiridos por quem participou na elaboração do Plano de Intervenção	164
Gráfico Nº 43 – Distribuição das respostas dos inquiridos segundo o tipo de conhecimento sobre os objectivos de Intervenção	165
Gráfico Nº 44 – Distribuição das respostas dos inquiridos segundo se sentem preparados para apoiar a criança	168
Gráfico Nº 45 – Distribuição da percentagem de crianças pelos responsáveis de caso	169
Gráfico Nº 46 – Distribuição da percentagem de respostas dos inquiridos por quem determinou o contexto de intervenção	170
Gráfico Nº 47 – Distribuição da percentagem de crianças segundo a periodicidade do apoio	173
Gráfico Nº 48 – Distribuição da percentagem de respostas dos inquiridos segundo o grau de afinidade com a criança	174

Gráfico Nº48 – Distribuição das respostas dos inquiridos segundo a percepção das famílias sobre a Intervenção dos técnico 179