

A INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA E O(S) PERCURSO(S) PARA A INCLUSÃO: UM ESTUDO DE CASO

Sandra Rafael

eapoio.alunos.nee@gmail.com

Isabel Piscalho

Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Santarém

isabel.piscalho@ese.ipsantarem.pt

Resumo

A criação do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), patenteou-se com a preocupação de harmonizar as práticas, no sentido de potenciar e mobilizar todos os recursos disponíveis e promover a universalidade no acesso aos serviços de intervenção precoce. Estes princípios fundamentais assentam numa lógica de promoção de equidade de oportunidades e por conseguinte, a inclusão e a participação social das crianças em situação de desvantagem e/ou risco, tendo em conta o seu desenvolvimento numa perspetiva biopsicossociológica.

Tendo em conta a existência de disparidades socioeconómicas existentes no nosso país, procurou-se através de um estudo de caso, aferir alguns impactos na implementação de medidas de apoio e/ou ações de natureza preventiva e reabilitativa decorrentes da operacionalização dos pressupostos legais do SNIPI.

Os resultados empíricos incidiram na análise de conteúdo de duas entrevistas exploratórias, realizadas aos coordenadores de duas equipas locais de Intervenção Precoce na Infância, em contextos geográficos distintos.

Neste âmbito, verificou-se uma concordância na concetualização do modelo de intervenção, centrado sobretudo nas necessidades das famílias e no envolvimento de técnicos, através da construção de um trabalho em equipa multidisciplinar e de articulação com outras parcerias. Contudo, existem diferenças na operacionalização de algumas práticas entre as equipas locais em estudo.

Palavras-chave: Intervenção Precoce na Infância; Relação precoce; Desenvolvimento infantil e família.



Abstract

The creation of the National System for Early Childhood Intervention (SNIPI), was patented with the objective to harmonize practices in order to enhance and mobilize all available resources, and promote universal access to early intervention services. These fundamental principles are based on a logic of opportunities to promote equity and therefore, the inclusion and social participation of disadvantaged and/or at risk children; taking into account their biological, psychological and sociological development.

Taking into account the existing socio-economic disparities in our country, we tried through case study to assess the impact on implementation of the support measures and/or preventive and rehabilitative actions, arising from the legal assumptions which SNIPI operates under.

The empirical results focused on content analysis of two exploratory interviews conducted with coordinators from two local teams of Early Childhood Intervention within different geographical contexts.

In this context, we verified an agreement in the approach of the intervention model, focused essentially on the families' needs and in technicians' involvement, by building a multidisciplinary team and linkage with other partnerships. However, there are differences in the operation of some practices between local teams in study.

Keywords: Early Childhood Intervention; Early childhood experience; Child development and family.

Introdução

A bidirecionalidade entre as dimensões biológicas e ambientais torna-se determinante para o desenvolvimento infantil, na medida que as relações entre o desenvolvimento estrutural e funcional do cérebro humano e a influência do meio exercem, nos primeiros anos de vida de uma criança, um papel primordial na estruturação das funções somáticas, cognitivas e da personalidade, logo as práticas de Intervenção Precoce (IP) surgem neste reforço da qualidade destas relações que envolvem a criança, de modo a colmatar lacunas do seu desenvolvimento ou até



mesmo, como é do nosso desejo, aniquilar uma vulnerabilidade inicial.

O modelo bioecológico de Bronfenbrenner veio dar um especial enfoque às interações dinâmicas que se estabelecem entre a criança e o meio envolvente e para o impacto destas, nos diferentes contextos do seu desenvolvimento. A criança nunca deve ser dissociada da sua família, uma vez que esta faz parte da sua comunidade e do seu contexto cultural e político, devendo o todo ser considerado como uma rede de componentes interrelacionadas e interdependentes (Tegethof, 2007). Tendo como base a existência de diferentes “ecossistemas” onde a criança e a família se encontram inseridas, as estratégias de intervenção devem ter em conta as seguintes componentes: as interações que a criança estabelece com os elementos dos contextos; as características específicas da criança bem como as dos contextos que influenciam o seu desenvolvimento e a sequência temporal em que as interações se processam. Assim, os programas não deverão adaptar-se e responder exclusivamente, às características específicas de cada criança, mas também às da sua família, que em termos práticos vão sempre se traduzir numa intervenção nos contextos de vida da criança e outra, invariavelmente, centrada na família (Breia, Almeida & Colôa, 2004).

As assimetrias regionais constituem uma das características mais evidentes em Portugal. Através de vários indicadores sociais e económicos que ilustram múltiplos desequilíbrios e uma forte heterogeneidade sobretudo nas regiões do interior do país, por conseguinte esta realidade admite a existência de políticas, particularmente no âmbito da IP, que desencadeiam uma maior responsividade às necessidades da população infantil, sobretudo na disponibilização de recursos humanos e técnicos que permitam uma maior eficácia da operacionalização das suas práticas.

É de salientar que não existem avaliações recentes das práticas de Intervenção Precoce, apesar de existir uma cobertura deste serviço por todo o território nacional, com o registo de elevada qualidade respeitante ao trabalho desenvolvido por algumas equipas locais e/ou regionais de Intervenção Precoce. Contudo, desconhece-se a existência de uma generalização dessas práticas, assim, considera-se uma prioridade desenvolver instrumentos de avaliação nesse âmbito (Fuentes & Luís, 2014).

A Importância das Relações Precoces e da Vinculação no Desenvolvimento Infantil

Para promover um desenvolvimento infantil saudável é importante destacar a



segurança e o amor que deverão ser alicerçadas desde a vida intrauterina. Segundo alguns estudos, por exemplo, a exposição fetal à depressão materna acarreta igualmente repercussões para o bebé, após o seu nascimento (Field *et al.*, 2004; Field, Diego & Hernandez-Reif, 2006; Field, Diego & Hernandez-Reif, 2009; Field, 2010; Field, Diego & Hernandez-Reif, 2010; Jones, Field & Almeida, 2009; Jones *et al.*, 1998, citado por Seixas, 2014). Harlow (1958) defendia que o bebé desenvolve um crescendo de respostas múltiplas afetivas generalizadas decorrentes da sua ligação, ou vínculo que estabelece com mãe.

O comportamento da mãe para com o bebé e o deste para com a mãe constitui o primeiro passo para a socialização da criança. Esta age ativamente sendo ela própria como um ser social quando por exemplo, sorri ou “persegue”, visualmente, o rosto e a voz da mãe¹. São nestas sucessivas interações sincrónicas entre a mãe e o bebé, que se alicerçam uma relação de vinculação, indispensável para a construção de uma personalidade estável e autoconfiante.

A existência de um elevado número de crianças institucionalizadas, órfãs e vítimas da Segunda Grande Guerra, permitiu a Bowlby fazer observações das relações existentes entre a privação de cuidados maternos e as perturbações comportamentais manifestadas pelos mesmos. Tornou-se, assim, evidente que na ausência de uma relação de vinculação a uma figura que lhes presta cuidados de forma continuada durante os primeiros anos de vida, se traduziria mais tarde em relações afetivas superficiais, na falta de concentração intelectual, na ausência de reação emocional, na prática do crime, nomeadamente em roubos injustificados, etc. (Guedeney & Guedeney, 2004).

Esta disposição intrínseca da criança para estar em contacto e em vincular-se a um ser humano, em especial à mãe, foi posta em evidência com os trabalhos de Ainsworth, que certamente, vieram dar uma maior consistência à teoria de vinculação desenvolvida por Bowlby.

Segundo a referida autora, numa relação de vinculação, a criança recorre preferencialmente, a determinadas figuras nos momentos que lhe suscite conforto, proteção e sustento, por outro lado, na presença de pessoas estranhas ou na ausência da figura de vinculação, surge a angústia, manifestada em choro (*idem*).

¹ Este comportamento de procura visual e oral do rosto materno foi definido por Bowlby como “perseguição objetal primária”.



Nesta interposição entre os momentos de conforto *versus* angústia, Ainsworth, verificou a existência de uma complementaridade entre as situações de base de segurança e de refúgio. Na primeira, a criança parte da figura de vinculação para explorar o meio, afasta-se a uma distância ótima, mantendo um contacto ocular frequente com a mesma; no segundo, a criança busca a proximidade e proteção da figura de vinculação quando pressente potenciais ameaças (Ainsworth *et al.*, 1978). Deste modo, os comportamentos de vinculação garantem a manutenção de um equilíbrio homeostático nos sistemas físico e emocional do bebé (Seixas, 2014). Os diferentes padrões de vinculação indiciam a qualidade de ligações emocionais futuras das crianças e, naturalmente as crianças com vinculações seguras estão mais aptas a gostar de ir à escola, aprender, brincar, socializar, estabelecer relações estáveis, etc. (Strecht, 2001).

Existem várias abordagens parentais que foram aprofundadamente estudadas nomeadamente, por Daniel Siegel. Este realça o tom das interações entre os pais e as crianças que molda e determina o desenvolvimento da capacidade da criança em regular os seus estados de espírito e as suas mudanças emocionais.

O referido autor define quatro padrões distintos, a saber: o afetivo de segurança; o afetivo de evitação; o afetivo de desorganização e o afetivo de ambivalência. Nestas abordagens parentais é de realçar o padrão afetivo de segurança cujos progenitores investem na reparação das ações desajustadas ao modelo social onde se encontram inseridos. A criança experimenta uma relação de maior afetividade e de segurança com os seus pais. Esta “ressonância” estabelecida entre os pais e a criança permite que a mente dela se regule a si mesma no momento e desenvolva capacidades reguladoras que possam ser utilizadas no futuro (Siegel, 2004, citado por Seixas, 2014).

Os pais, por vezes, face às vicissitudes da sua vida profissional, cada vez mais exigente e stressante, são transportados para níveis de exaustão consideráveis que conseqüentemente, proporcionam uma menor predisposição para interagir com seus filhos. Expressam padrões afetivos de ambivalência e de desorganização que desencadeiam na criança sensações sobretudo de confusão no primeiro caso, e no outro, sentimentos de raiva, terror e ainda, instabilidade emocional e insegurança. No padrão de evitação, a criança cresce com muitas inibições e conseqüentemente revela grandes níveis de abstenção emocional, apreende pouco sobre o estado emocional do progenitor o que não lhe permite desenvolver aprendizagens a partir da resposta



parental, que se apresenta desajustada às circunstâncias.

O abuso e a negligência causam efeitos nefastos nos vários domínios de desenvolvimento da criança, nomeadamente nas áreas da cognição, linguagem, desempenho académico e desenvolvimento sócio- emocional (Barnett, 1997, citado por Maia & Williams, 2005).

Tendo em consideração que uma criança precisa de ter no seu seio familiar pelo menos um adulto emocionalmente estável, disponível e presente de um modo incondicional, quando essa reciprocidade fica comprometida, devido à insistente falta de sensibilidade e de responsividade do seu cuidador, a criança fica inevitavelmente, exposta a uma situação de vulnerabilidade ou de crise que põe à prova a sua autorregulação emocional e por conseguinte, a sua capacidade de resiliência, podendo a mesma enveredar por uma trajetória de desenvolvimento inadaptativa e desencadear patologias de natureza diversa. De facto, as ligações humanas interpessoais vivenciadas nas primeiras experiências de vida interferem no comportamento, no estabelecimento de ligações neuronais, bem como nas vivências neuroquímicas cerebrais do bebé.

Neste contexto, a intervenção deverá ser centrada na família, mesmo quando se torna necessária uma intervenção centrada na criança. Guralnick (1998) focaliza a intervenção no fortalecimento da família, na existência de uma relação de parceria pais e profissionais e na otimização dos padrões de interação familiar². Estes, segundo o mesmo autor, podem ser identificados pela qualidade da interação dos pais com a criança, na medida que a família fornece à mesma experiência diversas e apropriadas com o ambiente físico e social envolvente e também, pelo modo como a família garante a saúde e a segurança da criança.

A qualidade destas experiências de natureza diversa (incluindo os afetos) poderá desencadear mecanismos neurobiológicos favoráveis ao desenvolvimento da criança. Assim, a compreensão dos mecanismos do cérebro está na base da aprendizagem e da memória, e dos efeitos da genética, do ambiente, das emoções e da idade em que se aprende (Blakemore & Frith, 2009, citado por Seixas, 2014). Estas variáveis podem constituir fatores favoráveis ou de risco ao desenvolvimento infantil

² Segundo o autor existem *stressores* que podem afetar o desenvolvimento infantil, a saber: características interpessoais dos pais – grau de depressão, nível de instrução, experiências intergeracionais apreendidas sobre as habilidades parentais; qualidade do relacionamento conjugal; o temperamento da criança e fontes de apoios disponíveis, incluindo recursos e rede de apoio social da família.



(Maia & Williams, 2005) e partindo deste pressuposto, existe uma lógica em estabelecer uma ponte entre a importância da qualidade dos ambientes onde o ser humano se desenvolve e a multiplicidade de inteligências defendidas por Gardner (2009).

Segundo estudos no âmbito das neurociências, os primeiros anos de vida são cruciais para o desenvolvimento cerebral, visto ser a fase em se constituem a maioria das sinapses devido à maior maleabilidade das respetivas células. Nesta fase existem designados períodos críticos, defendidos por muitos autores, como períodos sensíveis do desenvolvimento que resultariam da existência, duma particular vulnerabilidade e maleabilidade ao nível do sistema nervoso central, pelo que, uma estimulação intensiva durante os primeiros quatro anos de vida, resultaria em ganhos importantes em termos de desenvolvimento com efeitos que se manteriam ao longo do tempo. Nelson (2000, p. 204) refere que “a eficácia de qualquer intervenção dependerá da capacidade do sistema nervoso (ao nível celular, metabólico ou anatómico) ser modificado pela experiência. Esta (...) plasticidade neuronal, está muitas vezes limitada pelo tempo; isto é, pode existir uma janela de oportunidade, ou um período crítico, para alterar o funcionamento neuronal”.

Nos primeiros anos de vida, há plasticidade suficiente no cérebro para permitir que as crianças superem os efeitos debilitantes fruto das suas experiências negativas, podendo estes ser resolvidos através da neuroeducação, desde que garantida num período crítico do desenvolvimento. Cientes deste forte potencial, Seixas (2014, p. 44) afirma que “a neuroeducação procura fundamentar a prática pedagógica, nomeadamente evidenciando estratégias pedagógicas que respeitem a forma como o cérebro funciona, procuramos aqui realçar o papel das relações precoces, prévio à ação da prática pedagógica, no desenvolvimento cerebral do bebé”.

Perante o exposto, a IP e/ou educação parental devem sempre delinear estratégias preventivas e pró-ativas que permitem às crianças em situação de risco e especificamente, aquelas portadoras de alguma(s) incapacidade(s), colmatar as suas vulnerabilidades e/ou fragilidades, bem como promover a equidade de oportunidades desenvolvimentais na infância.

Uma intervenção atempada para além assumir como um facilitador do desempenho de uma parentalidade de qualidade, permite às crianças uma abertura e disponibilidade para as aprendizagens bem como respostas proativas às necessidades manifestadas pelas mesmas e, assim pudermos garantir uma qualidade



de vida na sua plena inclusão social e participação, visando o seu sucesso futuro.

O(s) Modelo(s) de Intervenção Precoce na Infância na Atualidade

O modelo de apoio social centrado na família defendido por Dunst, focaliza-se nas interações resultantes quer da família quer da comunidade. Este autor dá primazia à operacionalização do apoio social numa perspetiva mais assertiva, cuja aposta se centra na mobilização e na otimização das redes sociais de apoio, cujo resultado se traduz numa maior promoção do desenvolvimento da criança.

Na origem deste modelo (primeira geração), estava centrada uma conceção sistémica da família e a partir desta investia-se na compreensão dos diferentes fatores pessoais e ambientais que contribuíssem para as variações no funcionamento da criança e da família. As práticas do Modelo dos Sistemas Sociais, sumariamente, centravam-se numa lógica de cooperação entre os interventores/profissionais e a família (princípio da parceria), exploravam-se as potencialidades em oposição, às fragilidades da família (princípio da proatividade) e dotavam-nas de recursos e de competências de forma a promover a sua independência e autonomia (princípio do fortalecimento). Estes princípios conduziram a uma mudança radical na atitude dos profissionais com as famílias, atribuindo-lhes um maior protagonismo no acompanhamento da criança. Os pais/cuidadores passaram a sentir mais competentes no exercício das suas funções, bem-estar e uma maior autoconfiança que se repercutia positivamente, na criança.

Estas práticas de IP deram lugar à valorização de outras valências da família que não eram muito potencializadas no modelo inicial. Deste modo, as equipas começaram a investir na capacitação das famílias e incrementar mais parcerias, numa ótica focalizada nos pontos fortes e nos recursos que envolvem as próprias famílias (modelo da segunda geração). O elevado nível de eficácia deve-se às práticas que:

“tratam a família com dignidade e respeito; são individualizadas, flexíveis e responsivas às preocupações e prioridades da família; incluem a partilha de informação para que a família possa tomar decisões informadas; respeitam as escolhas da família no que se refere a todos os aspetos do programa e às opções de intervenção; implementam a colaboração e parceria família-profissionais; e promovem as capacidades da família com vista a obter e mobilizar os recursos e apoios de que necessita para cuidar do seu filho de uma forma estimulante. (...)” (Wilson & Dunst, 2005, p.1).



A grande diferença em relação aos modelos de IP referidos anteriormente, reside na componente relacional e participativa. Na primeira, privilegiam-se as competências do profissional, nomeadamente na promoção da escuta ativa, empatia, respeito pela família, etc.; na segunda, diz respeito essencialmente, à individualização e à flexibilização das práticas de intervenção em função das idiosincrasias da família, bem como na promoção de oportunidades para que a mesma se envolva ativamente nas escolhas e tomadas de decisão, com vista atingir, em conjunto, os objetivos pretendidos (Tegethof, 2007).

Posteriormente, Dunst sentiu necessidade de introduzir algumas alterações a este segundo modelo e propõe o modelo da terceira geração. Assim, achou importante incorporar no modelo as características da criança e as da interação dos pais com a mesma e ainda, alargou o campo sistémico do modelo referente às intervenções, contemplando as oportunidades de aprendizagem da criança, o apoio às competências dos pais, recursos da família/comunidade e as práticas centradas na famílias e mais três elementos resultantes da interseção dos anteriores (cenários de atividade diária, estilos de interação parental e oportunidades de participação dos pais). Estas interações desenvolvidas entre os interventores considerados, traduzem-se numa maior eficácia da intervenção que se repercute na progressão das aprendizagens e no desenvolvimento da criança e inevitavelmente, no bem-estar da família no seu todo.

O modelo de sistemas desenvolvimental para a IP, enquadra-se num sistema abrangente de serviços e recursos baseado na comunidade, para crianças e famílias vulneráveis, tendo como principal objetivo a otimização dos padrões de interação familiar, intervindo a nível dos *stressores*³ que os afetam, e que podem estar associados a características da criança e/ou família (Tegethof, 2007). O seu autor, Guralnick, focaliza a intervenção no fortalecimento da família, na existência de uma relação de parceria pais e profissionais e na otimização dos padrões de interação familiar. Indiscutivelmente, a intervenção deverá ser centrada na família, mesmo quando se torna necessária uma intervenção centrada na criança, esta deve ser integrada no conjunto de experiências proporcionadas pela família. A participação real da criança e da família na vida da comunidade, só é conseguida com uma ótima colaboração e coordenação a todos os níveis do sistema (princípios de inclusão,

³ Por exemplo, uma família com um filho com incapacidade poderá surgir aquilo que se designa como *stressor(es)* dos padrões de interação familiar.



integração e coordenação). Neste âmbito, é de realçar as componentes referentes à deteção, à identificação precoce, à monitorização e ainda, à avaliação da intervenção, de modo que assegure uma uniformidade entre os vários sistemas de prestação de serviços de IP.

Os investimentos na IP têm repercussões imediatas, nomeadamente nas rotinas familiares e no comportamento da criança a também a longo prazo pela integração na sociedade, ou seja, quando se investe nos fatores favoráveis ao desenvolvimento infantil, promove-se o sucesso escolar que se traduzirá em menores riscos de desemprego, delinquência e/ou dependência de subsídios estatais (Powell, 2010; Sameroff, Gutman & Peck, 2003, citado por Machado, 2012).

Retomando, a temática anterior, pretendemos realçar que os profissionais da infância têm de alicerçar uma relação de afetos. Estes *caregivers* múltiplos⁴ que interferem nos diferentes contextos de vida da criança, são um dos principais agentes que enchem o “depósito emocional” das crianças. Estas, por exemplo, aprendem melhor quando recebem elevados níveis de autenticidade, reforço positivo, aceitação, confiança e empatia por parte do adulto (Rogers, 1961; Bertram, 1996, citado por Luís, 2012).

Nesta perspetiva, a atitude do técnico de IP deverá basear-se, numa disponibilidade psíquica suficiente para encontrar respostas a todos os pedidos de ajuda e por conseguinte, desempenhar um papel importante na gestão das expectativas das famílias, prestando-lhes um apoio individualizado através de implementação de estratégias de intervenção que mais se adequam à criança bem como abrir espaço para o diálogo de modo a partilhar pensamentos e opiniões e sobretudo, valorizar, mesmo poucas que sejam, as “conquistas” manifestadas no processo de desenvolvimento da criança, conferindo a todos, sobretudo à criança, competência, autonomia, sentimentos de segurança e de otimismo para ultrapassar as suas barreiras.

Segundo dados empíricos desenvolvidos em quarenta anos, um modelo assente nos pressupostos anteriores indicia uma intervenção precoce eficaz para estimular o desenvolvimento da criança bem como para promover a sua qualidade de vida (Meisels & Shonkoff, 2000, citado por Fuertes & Luís, 2014).

⁴ Guedeney & Guedeney, 2004.



Delimitação do Problema, Questões e Objetivos

Este trabalho de projeto consiste num estudo de caso que pretende avaliar a oferta de meios e/ou serviços disponibilizados por duas Equipas Locais de IPI, com equidade de oportunidades para crianças em situação de risco e/ou desvantagem e com resultados para a inclusão plena das mesmas. Assim, formularam-se as seguintes questões:

1. Considerando a área de influência geográfica de duas Equipas Locais de IPI, uma com abrangência de dois centros urbanos (ELI A) e outra, no Alentejo (ELI B), existem disparidades regionais na implementação de medidas de apoio e/ou ações de natureza preventiva e reabilitativa, no contexto da Intervenção Precoce na Infância?
2. Tendo em conta os contextos socioeconómicos, existem ações transversais e/ou de divergência de respostas às necessidades das referidas crianças?

Perante o exposto, pretendemos alcançar como principal objetivo, comparar a estrutura e funcionamento de duas Equipas Locais de Intervenção Precoce, nos termos do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 281/2009, 6 de outubro.

Assim, formulamos os seguintes objetivos específicos:

- a) Conhecer os procedimentos de identificação das crianças elegíveis para o SNIPI, nomeadamente a partir das fontes de referência e de avaliação das mesmas;
- b) Identificar os mecanismos de vigilância e de encaminhamento para outros apoios sociais, referentes às crianças e famílias não elegíveis;
- c) Caracterizar as ações de natureza preventiva e reabilitativa promovidas pela equipa, em função do diagnóstico da situação;
- d) Identificar as necessidades e recursos da comunidade, através de parcerias formais e informais de apoio social.

Método e Estratégias Adotadas

Utilizou-se uma metodologia qualitativa e esta justifica-se através da necessidade de se descreverem os procedimentos funcionais de cada Equipa Local de IPI que foram objeto de análise neste breve estudo.



A operacionalização adotada para a recolha de dados, numa primeira fase, foi uma revisão bibliográfica inerente à abordagem temática e, posteriormente, de acordo com os objetivos do estudo, utilizaram-se entrevistas semiestruturadas, tendo sido imprescindível o contacto direto e presencial com os coordenadores de cada Equipa Local de IPI em estudo.

Apresentação e Análise dos Dados

De acordo com as entrevistas realizadas, as Equipas locais de IPI eram compostas pelos seguintes técnicos:

Quadro 1 – Composição da Equipa Técnica.

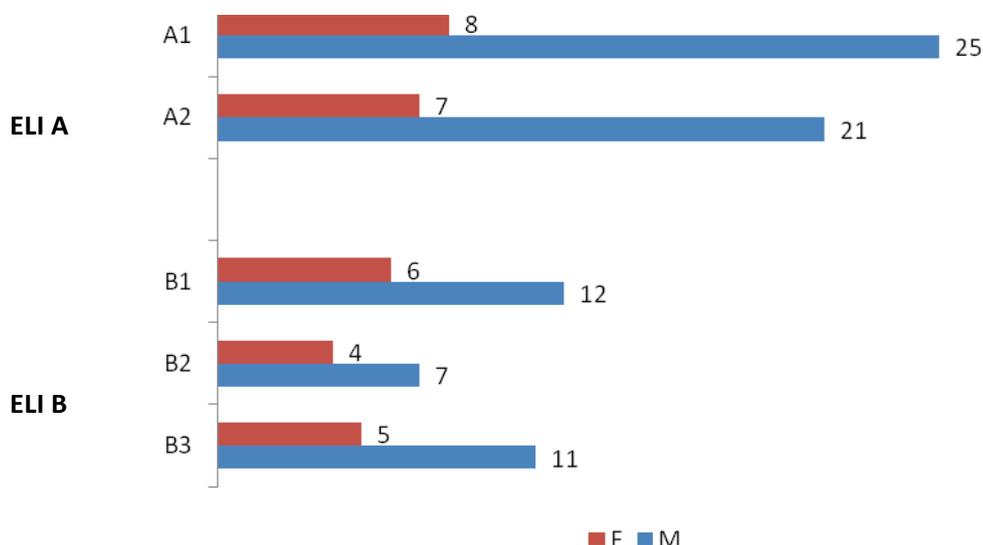
Equipas Locais de IPI		
	A	B
Educador/ Docente Ed. Especial	4	3
Enfermeiro	2	3
Fisioterapeuta	2	0
Higienista oral	1	0
Psicólogo	3	1
Sociólogo	1	0
Técnico de Reabilitação Psicomotora	0	1
Técnico de Serviço Social	1	1
Terapeuta da Fala	2	1
Terapeuta Ocupacional	2	0
TOTAIS	18	10

Estes técnicos da ELI A fazem um acompanhamento de 61 crianças/famílias, pertencentes a dois concelhos (A1 e A2), enquanto a ELI B apoia um total de 45 crianças de três municípios (B1, B2 e B3). Em ambas as equipas denota-se uma



prevalência de rapazes integrados no Projeto de IPI (Gráfico 1)⁵.

Gráfico 1 – Distribuição das crianças por género



No que diz respeito aos grupos etários, verifica-se a predominância de crianças com idade superior ou igual a três anos, período pelo qual as mesmas frequentam os jardins-de-infância (Quadro 2). Esta evidência depreende-se com a fonte de referência, nas duas equipas de IP, pois a grande maioria das crianças apoiadas foram sinalizadas pelos profissionais de educação e de seguida, pelos técnicos do sector da saúde.

Considerando as crianças que presentemente beneficiam das medidas de apoio e/ou de ações de natureza preventiva e reabilitativa, no contexto da Intervenção Precoce na Infância, não deixam de representar um grupo restrito da população infantil do nosso país. No entanto, parece imprescindível efetuar uma análise da taxa bruta da natalidade registada no período correspondente aos anos de nascimento das crianças em estudo (Quadro 3)⁶.

⁵ Não foram consideradas as crianças que se encontram em vigilância. No caso da ELI B não se verificaram ocorrências em situação de vigilância.

⁶ Os dados referentes ao ano de 2014 não se encontram disponíveis para consulta.



Quadro 2 – Crianças apoiadas pelas Equipas de IPI, por classes etárias

Concelhos		0-11 meses	12- 35 meses	36-71 meses	72 meses e +	Totais	
ELI A	A1	0	5	19	9	33	61
	A2	1	4	20	3	28	
ELI B	B1	0	4	10	4	18	45
	B2	0	0	9	2	11	
	B3	2	2	10	2	16	

Quadro 3 – Taxa bruta de Natalidade (‰)

Concelhos	2013	2012	2011	2010	2009	Média
A1	7,5*	8,0	8,4	9,2	9,4	8,4
A2	7,7	7,0	8,0	9,4	9,4	
B1	5,3	7,4	4,0	6,6	6,7	6,0
B2	6,6	6,0	6,2	7,8	3,3	
B3	5,2	6,0	8,0	3,5	7,4	

*Quebra de série

Fonte: PORDATA, 2015

Tendo em conta a localização geográfica dos dois grupos de municípios (A e B) e partindo do princípio estatístico, que no período em análise, nesses dois grupos existe uma discrepância da média global de 2,4 nascimentos vivos por cada mil habitantes, por conseguinte evidenciamos uma notória disparidade dos recursos humanos disponibilizados para as duas equipas locais de IPI, não só em número, mas também em termos de formação técnica e científica dos mesmos.

Em termos de rácio regista-se um técnico por três crianças na ELI A, enquanto na ELI B, o rácio é de um técnico para cinco crianças, aproximadamente. É de referir que estes valores são meramente indicativos, visto que muitos dos profissionais, sobretudo aqueles ligados à saúde, prestam apoio à equipa, a tempo parcial.

Por outro lado, o rácio de técnicos e a dispersão geográfica, nomeadamente no



grupo de municípios B⁷, constituem um obstáculo à eficácia na operacionalização das medidas de apoio à criança e respetiva família.

Os profissionais da ELI B despendem muito tempo nas deslocações para os locais de apoio, quando o desejável seria investir essas horas nas práticas interventivas e na avaliação das crianças (Quadro 4).

Quadro 4 – Distâncias máximas percorridas (atualmente) pelos técnicos, da sede da ELI ao local de apoio mais distante correspondente a cada concelho agregado

ELI A	A1	7,5 Km
	A2	16 Km
ELI B	B1	8 Km
	B2	55 Km
	B3	24 Km

Fonte: www.viamichelin.pt

Nas áreas geográficas em estudo, considerando a distribuição das crianças pelos tipos de acompanhamento, aferiu-se que a intervenção precoce na infância incide essencialmente no âmbito da educação, psicologia e terapia da fala (Quadro 5)⁸. Um facto positivo a salientar é que todas as crianças incluídas no SNIPI beneficiam de mais que um apoio prestado pelas equipas multidisciplinares.

⁷ Os três municípios referentes à ELI B possuem aproximadamente, uma área total de 890 Km², enquanto a ELI A detém uma área total de 825 Km².

⁸ O higienista oral e os enfermeiros prestam serviço nas Unidades de Saúde Familiar.



Quadro 5 – Distribuição de crianças pelo tipo de acompanhamento prestado pela ELI)

	Equipas Locais de IPI	
	ELI A	ELI B
Educação	52%	60%
Fisioterapia	11%	-
Psicologia	46%	40%
Reabilitação Motora	-	22%
Serviço Social	7%	27%
Terapia da Fala	46%	42%
Terapia Ocupacional	43%	-

Nos concelhos da ELI B, a população apresenta algumas insuficiências e fragilidades socioeconómicas que se traduzem, indiretamente, no serviço social prestado a 27% das crianças e respetivas famílias através da referida equipa. Ao contrário dos concelhos da ELI A, onde o referido apoio assume uma representatividade bastante inferior.

As Ações Transversais às Equipas Locais de IPI em Estudo

De acordo com o disposto no artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 de outubro e com os procedimentos funcionais das equipas em estudo, constatou-se as seguintes semelhanças:

- Existem parcerias que constituem redes formais e informais de apoio, no sentido de se introduzirem outras valências à equipa e também otimizar os recursos existentes na comunidade (hipoterapia, equitação terapêutica, salas de *snoezelen*, hidroterapia, etc.);
- Articulam com as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens, Institutos Particulares de Solidariedade Social (IPSS), associações de cariz social; com a Equipa Multidisciplinar de Assessoria aos Tribunais (no caso da ELI B), etc.;
- A partir da referenciação da criança até à sua inclusão no SNIPI, em média, o período de avaliação não ultrapassa os dois meses;
- A integração de dados provenientes de diferentes fontes de informação



(incluindo, a família) proporciona uma imagem mais completa e real da problemática envolvente à criança e uma base mais sólida para a definição de planos de intervenção adequados às suas necessidades reais;

- O perfil do gestor de caso é tido em conta sobretudo em função da problemática apresentada pela criança/família;

O modelo de intervenção precoce na infância adotado pelas equipas, assume os contornos definidos pelo Decreto-Lei supracitado, dando enfoque ao envolvimento parental e a articulação das famílias com os intervenientes multidisciplinares nos diferentes contextos de vida das crianças.

Os Procedimentos Divergentes

A maior discrepância nas respostas obtidas, refere-se à priorização de critérios de elegibilidade. Para além daqueles já definidos no artigo 3.º do referido Decreto-Lei, cada ELI sente a necessidade de estabelecer, em primeiro lugar, critérios de ingresso distintos.

Numa das equipas, é a idade da criança e a sua integração no contexto educativo, o fator determinante na sua elegibilidade. Por outro lado, na outra ELI é a existência de vaga que conduz à sua elegibilidade, atendendo que esta não pode exceder um determinado número de crianças para o apoio, por incapacidade de resposta da mesma.

O encaminhamento dado às crianças/famílias, caso não reúnam os critérios de elegibilidade previstos são igualmente díspares. Uma das equipas em estudo aconselha as famílias para requisição do subsídio de educação especial e conseqüentemente, procurarem os apoios privados, enquanto a outra encaminha-as, sobretudo, para a consulta de desenvolvimento infantil no Hospital Distrital.

Apesar de existirem parcerias formais e informais com diversas instituições existentes na comunidade, realça-se o facto de a ELI B, manifestar preocupação na formação profissional e empregabilidade dos pais das crianças que acompanha.

Os Constrangimentos Sentidos pelas ELI e pelas Famílias

Os principais constrangimentos sentidos pela equipa em relação às famílias encontram-se associados ao número insuficiente de horas atribuídos aos técnicos, o envolvimento parental insuficiente, que dificulta a monitorização conjunta, da



intervenção previamente planeada e por fim, a falta de estabilidade do corpo docente na equipa.

Os constrangimentos sentidos pelas famílias em relação à ELI estão associados à falta de disponibilidade de tempo, mesmo no período pós-laboral. Na área geográfica envolvente à ELI B, sente-se ainda o estigma associado à deficiência e consequentemente, as famílias revelam pouca recetividade em relação à equipa.

Considerações Finais

Atendendo à elevada representatividade de crianças integradas no SNIPI, em contexto pré-escolar, é de realçar o papel ativo dos profissionais da educação na sinalização de crianças em risco de atraso de desenvolvimento.

Nas etapas de desenvolvimento de uma criança, particularmente dos zero aos seis anos, existem os designados períodos críticos, defendidos por muitos autores, como períodos sensíveis do desenvolvimento que permitem às crianças em situação de risco e especificamente, aquelas portadoras de alguma(s) incapacidade(s), colmatar as suas vulnerabilidades e/ou fragilidades, bem como promover a equidade de oportunidades desenvolvimentais na infância. Esta aceção constitui, a nosso ver, a essência da IP, inclusivamente no Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 de outubro, reforça-se a ideia que “quanto mais precocemente forem acionadas as intervenções e as políticas que afetam o crescimento e o desenvolvimento das capacidades humanas, mais capazes se tornam as pessoas de participar autonomamente na vida social e mais longe se pode ir na correção das limitações funcionais de origem.”

Num processo de intervenção, os profissionais devem recorrer a um conjunto de metodologias diversificadas e de instrumentos bem concebidos e focados em aspetos específicos (ou seja, devem estar cientes das potencialidades e limitações da aplicação de cada instrumento), de modo que a validade de um processo de avaliação de uma criança possa ser consideravelmente reforçada através do cruzamento de informações provenientes de diferentes fontes, nomeadamente através de instrumentos de avaliação, de natureza diversa. A avaliação, no contexto atual, deve ser entendida numa perspetiva dinâmica, interativa e multidimensional, compatível com os princípios e estruturas veiculados pelo SNIPI.

Neste trabalho constatou-se que, apesar de se reforçarem parcerias formais e informais com a comunidade, os serviços/recursos disponibilizados pelas mesmas não



se estendem, homoganeamente, pela alocação de cada ELI, restringindo-se apenas a alguns concelhos. Esta rede de parcerias dispersa incapacita às equipas locais de IP de promoverem uma equidade de respostas às necessidades das crianças integradas no SNIPI.

Considerando o indicador demográfico referente à taxa bruta de natalidade registada nos últimos anos, nos dois grupos de municípios, e também a extensão da área geográfica, sobretudo da ELI B, em termos comparativos, o rácio técnico por criança, não parece ser o mais ajustado face aos casos diagnosticados. Na referida ELI, devido essencialmente ao número reduzido de técnicos, foi definido um limite máximo de crianças para acompanhamento e/ou intervenção, por conseguinte necessitam de protelar a avaliação das crianças em situação de risco. Esta situação acarreta uma responsabilidade e preocupação acrescida aos técnicos, visto que a vulnerabilidade inerente ao risco, pode ter ou vir a ter alterações no desenvolvimento físico, psíquico e social da criança e condicionar a sua atividade e participação nos contextos onde está inserida.

Este facto evidencia uma necessidade urgente de se encontrarem respostas adequadas para uma rede de equipas de intervenção precoce mais ajustada à realidade social e demográfica do país, no que concerne ao recrutamento de profissionais e também a nível da reorganização intermunicipal.

Apesar de o Decreto-Lei prever a atividade de IP a nível municipal, “podendo englobar vários municípios, ou desagregar-se por freguesias”, mesmo assim, esta última situação poderá não ser suficiente para otimizar os recursos disponibilizados, no sentido de garantir uma melhor eficiência do serviço prestado.

Assim, parece-nos razoável considerar a hipótese que futuras investigações visem uma redefinição das alocações das equipas locais de IP, evitando que as suas áreas de influência se restrinjam rigidamente aos limites administrativos. Esta estratégia não só permitiria uma redução das distâncias-tempo e do custo das deslocações, mas também promoveria uma maior equidade na oferta das valências que estão associadas às respetivas equipas locais.

O trabalho concertado entre os profissionais permite promover a acessibilidade e a participação das crianças em contextos inclusivos e ambientes naturais, respeitando a sua cultura e as suas idiossincrasias. Contudo, as equipas multidisciplinares estudadas são bastante díspares, constatando uma transdisciplinaridade distinta, face à diversidade de técnicos existentes. No entanto, em ambas as equipas existem



técnicos que exercem funções na ELI, a tempo parcial. Este facto, traduz uma realidade, cuja execução de práticas preventivas e reabilitativas, ou se restringem a um número reduzido de horas semanais, ou deixam de ser extensíveis a outras crianças que necessitariam dessa intervenção técnica. Por outro lado, o número insuficiente de horas atribuídas aos técnicos, dificulta aos mesmos uma flexibilização e gestão do seu horário, para a execução de diversas atividades inerentes à IP, nomeadamente a avaliação de outras crianças entretanto, referenciadas.

No âmbito da educação, parece-nos premente a criação de um quadro de docentes de IP, de modo a evitar uma descontinuidade das ações educativas desenvolvidas, até então, com a criança e família. Importa ainda, salientar a importância para a criação de um plano de formação e de desenvolvimento profissional, que inclua os saberes construídos, sob o jugo das boas práticas em IP.

Face ao exposto, salientamos as limitações intrínsecas do processo de investigação adotado, pois tratando-se de um estudo de caso, não nos permite formalizar conclusões de carácter generalizável. Contudo, salientamos que os resultados poderão ser tidos em conta em outros contextos e situações, nomeadamente para campos de investigação, já sugeridos anteriormente.

Referências Bibliográficas

- Cobb, P. (1999). Individual and collective mathematical learning: The case of statistical data analysis. *Mathematical Thinking and Learning*, 1, 5-44.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, W. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Anaut, M., (2005). *A resiliência. Ultrapassar os traumatismos*. Climepsi Editores.
- Bardin, L. (2007). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bowlby, J. (1971). *Attachment and loss: Vol 1. Attachment*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Brazelton, T. (1989). *A relação mais precoce. Os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar.
- Breia, G., Almeida, I. & Colôa, J. (2004). *Conceitos e Práticas em Intervenção Precoce*. Lisboa: Ministério da Educação, Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular.
- Fuertes, M. & Luís, H. (2014). Vinculação, práticas educativas na primeira infância e



- Intervenção Precoce. *Interacções*, 30, 1-7.
- Gardner, H. (2009). *Estruturas da mente: A teoria das inteligências múltiplas*. Porto Alegre: Artmed.
- Guralnick, M. J. (1998). The effectiveness of early intervention for vulnerable children: a developmental perspective. *American Journal on Mental Retardation*, 102(4), 319-345.
- Guedeney, N. & Guedeney, A. (2004). *Vinculação, conceitos e aplicações*. Lisboa: Climepsi.
- Harlow, H. (1958). *A natureza do Amor*. *American Psychologist*, vol. III, 673-685.
- Luís, H. (2012). A formação dos educadores de infância para a avaliação da qualidade das interacções – adaptação de um instrumento de observação. In S. Rodrigues (Org.). *Temas e dilemas pedagógicos da educação infantil: desafios e caminhos* (pp: 263-292). Lisboa: Ed. Mercado das Letras.
- Machado, T.S. (2012). Risco ambiental e desenvolvimento na infância: justificando a Intervenção Precoce. *Psicologia, Educação e Cultura*, XVI (1), 146-165. Disponível: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/23474/1/Machado%2c%20T.S.pdf>
- Maia, J. & Williams, L. (2005). Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. *Temas em Psicologia*, 13 (2), 91-103. Disponível: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v13n2/v13n2a02.pdf>
- Nelson, C. (2000). The Neurobiological Bases of Early Intervention. In J. Shonkoff & S. Meisels (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Seixas, S. (2014). Da neurobiologia das relações precoces à neuroeducação. *Interacções*, 30, 44-71.
- Siegel, D. (2004). *A mente em desenvolvimento. Para uma neurobiologia de experiência interpessoal*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Stern, D. (1980). *Bébé-Mãe: A primeira relação Humana*. Lisboa: Moraes.
- Strecht, P. (2001). *Interiores - Uma ajuda aos pais sobre a vida emocional dos filhos*. Lisboa: Assírio e Alvim.
- Tegethof, M. A. (2007). *Estudos sobre a Intervenção Precoce em Portugal: ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias*. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade do Porto.



Wilson, L. L. & Dunst, C. J. (2005). Checklist for assessing adherence to family-centered practices. CASE tools. Disponível: http://www.fippcase.org/casetools/casetools_vol1_no1.pdf.