



**Universidade do Minho**  
Instituto de Estudos da Criança

Olinda Maria Pinto Pereira

**Apoio Social e Intervenção Precoce:  
Estudo Exploratório de um Programa no  
Concelho de Paredes**



**Universidade do Minho**

Instituto de Estudos da Criança

Olinda Maria Pinto Pereira

**Apoio Social e Intervenção Precoce:  
Estudo Exploratório de um Programa no  
Concelho de Paredes**

Tese de Mestrado em Educação Especial  
Área de Intervenção Educativa Precoce

Trabalho efectuado sob a orientação da  
**Professora Doutora Ana Maria Serrano**

Outubro de 2009

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TESE APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| INTRODUÇÃO  | 1  |
| PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO   |    |
| CAPÍTULO I – INTERVENÇÃO PRECOCE  |    |
| 1. Definição e importância da Intervenção Precoce                                   |    |
| 1.1. Definição e evolução do conceito   | 6  |
| 1.2. A importância da Intervenção Precoce   | 11 |
| 2. População alvo da Intervenção Precoce  | 14 |
| 2.1. Condições estabelecidas de NEE, situações de risco biológico e risco ambiental | 15 |
| 3. Emergência e evolução dos programas de Intervenção Precoce                       | 17 |
| 4. Organização e funcionamento da intervenção precoce em Portugal                   | 20 |
| 4.1. Avaliação do Impacto de Intervenção Precoce no Alentejo                        | 22 |
| 5. Avaliação de Programas de Intervenção  | 23 |
| 5.1. Semelhanças entre o “Head Start” e outros Programas de Intervenção             | 25 |
| 6. Filosofia dos Programas de Intervenção Precoce                                   | 33 |
| 7. Modelos de Intervenção   |    |
| 7.1. Modelo Centrado na Família   | 35 |
| 7.2. Modelo Colaborativo  | 43 |
| 7.3. Modelo Transdisciplinar  | 47 |
| CAPÍTULO II – A ADVERSIDADE NO DESENVOLVIMENTO                                      |    |
| 1. Impacto das Condições Adversas no Desenvolvimento                                | 53 |
| 1.1. Distúrbios psiquiátricos   | 54 |
| 1.2. Pobreza  | 55 |

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| 1.3. Crianças maltratadas       | 56 |
| 2. Factores de risco/ protecção | 58 |
| 2.1. Implicações para a prática | 69 |

### CAPÍTULO III – INTERVENÇÃO COM AS FAMÍLIAS

|   |    |
|---|----|
| 1.1. Os efeitos das incapacidades da criança na vida da família                       | 73 |
| 1.2. Diversidade cultural   | 74 |
| 1.3. Participação das Famílias  | 75 |
| 1.4. Comportamento Positivo de Apoio  | 76 |
| 1.5. Recolher e dar Informação às Famílias  | 77 |
| 1.6. Rotinas e rituais da família: Um contexto para o Desenvolvimento da Criança      | 81 |
| 1.7. Recomendações para boas práticas   | 84 |
| 2. Apoio Social: Influências no Comportamento da Família e Desenvolvimento da Criança |    |
| 2.1. Definição  | 86 |
| 2.2. Fontes de apoio  | 88 |
| 2.3. Características importantes das trocas de apoio social                           | 89 |
| 2.4. Influências do Apoio Social no Comportamento da Criança e do Agregado Familiar   | 91 |
| 2.4.1. Influências directas do apoio social   | 92 |
| 2.4.2. Influências indirectas do apoio social   | 93 |
| 2.5. Apoio Social e Intervenção Precoce: Interdependência                             | 94 |
| 2.6. Práticas de Intervenção Precoce com base nos recursos                            | 98 |

### PARTE II – PLANIFICAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO

#### CAPÍTULO I – OBJECTO DE ESTUDO

|                             |     |
|-----------------------------|-----|
| 1. Enquadramento do Estudo  | 102 |
| 2. Questões de Investigação | 104 |
| 3. Finalidade do Estudo     | 105 |
| 4. Limitações               | 106 |

## CAPÍTULO II – MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

|  |     |
|--|-----|
| 1. Definição da Amostra                    |     |
| 1.1. Apresentação do Programa              | 108 |
| 1.2. Apresentação dos Agregados familiares | 112 |
| 2. Instrumentos                            |     |
| 2.1. Entrevista                            | 114 |
| 2.2. Mapa da Rede de Apoio                 | 115 |
| 2.3. Escala das Necessidades da Família    | 115 |
| 2.4. Desenvolvimento do plano de acção     | 116 |
| 3. Tratamento de Dados                     | 116 |

## CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

|   |     |
|---|-----|
| 1. Apresentação de quadros da análise de conteúdo                             | 120 |
| 1.1.1. Análise de Conteúdo – Entrevistas aos Profissionais                    | 120 |
| 1.1.2. Análise de Conteúdo – Entrevistas às Famílias                          | 126 |
| 1.1.3. Análise de Conteúdo -Documento Descritivo do Programa em Estudo        | 130 |
| 1.1.4. Análise Descritiva   | 133 |
| 1.2. Quadro Síntese – Necessidades Identificadas por Profissionais e Famílias | 136 |
| 1.2.1. Análise Descritiva – Necessidades Identificadas                        | 137 |
| 2. Mapa da Rede de Apoio  | 139 |
| 2.1. Análise Descritiva   | 142 |
| 3. Reflexão dos Resultados e Considerações Finais                             | 143 |



## ***Apoio Social e Intervenção Precoce: Estudo Exploratório de um Programa no Concelho de Paredes***

### *Resumo*

O desenvolvimento humano assenta nas múltiplas transacções que o indivíduo estabelece com o seu ambiente e nas determinantes influências (directas ou indirectas), que este exerce sobre ele e que ocorrem em diferentes níveis, dos mais próximos aos mais distantes. Porém, o contexto mais determinante para o desenvolvimento, pela qualidade e quantidade de relações que veicula é sem dúvida o sistema familiar. No entanto, pelas mais variadas razões, a família nem sempre é susceptível de cumprir a sua função de potenciadora do desenvolvimento da criança. Este envolvimento familiar de risco, inclui não só factores e experiências que ameaçam o desenvolvimento como também é desprovido de oportunidades para esse desenvolvimento que se traduzem na ausência de relações adequadas do ponto de vista material, emocional e social.

Por conseguinte, a intervenção precoce foca-se no sistema familiar e tem como objectivo a melhoria das condições sócio-emocionais da família, no sentido do fortalecimento das suas competências e recursos de forma a proporcionar um ambiente adequado ao desenvolvimento da criança.

A abordagem da intervenção precoce a partir do enfoque no apoio social levará, de acordo com McWilliam e Scott, (2001), a uma alteração do papel dos profissionais na medida em que, de prestadores de serviços à criança e família, estes passarão a ver enfatizado o seu papel como fontes de apoio formal.



## **Social Support and Early Intervention: *Exploratory Study of a Program in Paredes***

### Abstrat

Human development is based on the multiple transactions the individual establishes with his environment and on the determining influences (direct or indirect) it has on him and that take place at different levels, from the nearest to the most distant. Nevertheless, the most crucial context for development, for the quality and quantity of relationships it conveys, is clearly the family system. However, for various reasons, the family not always is able to accomplish its function of potentiating the child development. This risky family involvement includes not only factors and experiences that threaten the development but it is also devoid of opportunities for this development manifested by the lack of appropriate relations from the material, emotional and social point of view.

Thus, early intervention focuses itself on the family system and it aims the improvement of the socio-emotional conditions of the family, strengthening its skills and resources in order to provide a suitable environment for the child development.

An approach to early intervention from the social support focus, according to McWilliam and Scott (2001), will lead to a change on the professionals' role, in that, from rendering services to the child and the family, they will see their role being emphasized as sources of formal support.



---

## INTRODUÇÃO

Actualmente e após vários anos de investigação e reflexão sobre as práticas da Intervenção Precoce (IP) é irrefutável o facto de que esta só poderá ser entendida tendo em conta uma abordagem ecológica do desenvolvimento onde o Modelo Transaccional de Sameroff e Chandler se assume como um “marco de referência” (Correia e Serrano, 1998).

O contexto de desenvolvimento da criança é tão importante quanto as suas características na determinação de um desenvolvimento com sucesso. Assim, qualquer apreciação das variáveis do desenvolvimento deverá ter em conta a ampla constelação de factores ecológicos, nos quais a criança e a família estão contextualizadas. 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.

Nos primeiros anos de vida, o cérebro desenvolve-se rapidamente e as experiências precoces determinam a sua arquitectura, resistente ou frágil. Durante estes períodos sensíveis o desenvolvimento cognitivo e emocional saudável é moldado por uma adequada interacção com os adultos, enquanto que a crónica e extrema adversidade pode interromper o desenvolvimento cerebral normal. A investigação mostra como o stress na infância, (grandes adversidades, como a pobreza extrema, abuso ou negligência) é biologicamente visível na arquitectura cerebral, estando este em permanente alerta como resposta à alta tensão a que está sujeito (The National Symposium on Early Childhood Science and Policy, 2007)

A ciência mostra também que as relações de apoio nos primeiros anos de vida podem evitar, ou mesmo reverter os efeitos nocivos do stress no início da vida, com benefícios para os comportamentos e atitudes no futuro.

Dunst, (1995), refere que a Intervenção Precoce deve proporcionar às famílias apoios e recursos, de ordem formal e informal, que vão influenciar directa ou indirectamente o funcionamento da criança, dos pais e da família como um todo.

Este autor define Intervenção Precoce como o conjunto de serviços, apoios e recursos que são necessários para responder, quer às necessidades específicas de cada criança, quer às necessidades das suas famílias no que respeita à promoção do desenvolvimento da criança. Nesta definição, Intervenção Precoce inclui portanto, todo o tipo de actividades, oportunidades e procedimentos destinados a promover o desenvolvimento e aprendizagem da criança, assim como o conjunto de oportunidades para que as famílias possam promover esse mesmo desenvolvimento e aprendizagem.

Partindo deste paradigma e situando-nos na realidade do concelho a que estamos ligados profissionalmente, onde não existe um projecto de Intervenção Precoce mas existem apoios e recursos de ordem formal e informal nos quais se incluem os programas de apoio social, entendemos que seria útil debruçarmo-nos sobre um programa específico de apoio social no sentido de percebermos de que forma este se relaciona com a Intervenção Precoce, quais os seus pontos de encontro e quais os seus contributos para uma real Intervenção Precoce.

Assim, organizamos o nosso estudo em duas partes distintas.

Na primeira parte fazemos uma revisão da literatura de forma a consubstanciar teoricamente a nossa investigação, a qual inclui três capítulos. No primeiro capítulo fazemos uma abordagem da definição e evolução do conceito de Intervenção Precoce, referimo-nos à sua população alvo, fazemos alusão à emergência, evolução e avaliação dos programas de Intervenção, assim como nos debruçamos sobre as filosofias que lhe estão subjacentes. Finalizamos com a apresentação de diferentes Modelos de Intervenção Precoce os quais, comprovados pela recente investigação trazem contributos que se revelam fundamentais para as práticas dos profissionais.

No segundo capítulo, focamo-nos na problemática da adversidade no desenvolvimento, identificando o seu impacto, assim como os factores de risco e os factores de protecção.

No terceiro capítulo, centramo-nos na intervenção com as famílias, salientamos os aspectos relevantes que lhe são intrínsecos e abordamos o apoio social enquanto forma de intervenção susceptível de influenciar o comportamento da família e desenvolvimento da criança.

A segunda parte do nosso trabalho diz respeito à organização e elaboração do nosso estudo, o qual abarca três capítulos.

No primeiro capítulo, situamos o problema que está na sua origem, assim como as questões orientadoras da investigação. Clarificamos ainda a finalidade e as limitações deste estudo.

No segundo capítulo descrevemos os métodos e procedimentos utilizados, definimos a amostra, identificamos os instrumentos utilizados para a recolha de dados e a forma de tratamento desses mesmos dados.

No terceiro capítulo, procedemos à apresentação e análise descritiva dos dados recolhidos e terminamos com a reflexão dos resultados e considerações finais.

A terceira parte diz respeito às referências bibliográficas e na quarta parte encontram-se os anexos.

## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## **CAPÍTULO I – INTERVENÇÃO PRECOCE**

## 1. DEFINIÇÃO E IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO PRECOCE

### 1.1. Definição e evolução do conceito

O conceito de Intervenção Precoce, tem vindo a evoluir ao longo do tempo, tendo para o facto contribuído as várias perspectivas teóricas de diferentes autores que construíram um novo conceito de Intervenção Precoce, no qual estão directamente envolvidas as ciências sociais, as ciências da saúde, da educação e a psicologia. Na sequência deste novo conceito, surgem novas práticas onde se revelam os avanços na mudança de uma intervenção essencialmente focalizada na criança, para uma abordagem mais ampla onde o enfoque não é apenas orientado para a criança mas também para a família e comunidade.

Segundo Franco e Apolónio (2008), ao conceito de Intervenção Precoce subjazem três princípios fundamentais:

- O primeiro advém das neurociências e diz respeito à plasticidade cerebral ou seja à maleabilidade e potencialidade de maturação rápida do sistema nervoso central nos primeiros tempos de vida, o que consagra à Intervenção Precoce uma acção sobre o desenvolvimento no sentido de evitar distúrbios ou promover competências, que só será possível se acontecer nos primeiros tempos de vida.
- O segundo advém de vários estudos efectuados sobre o desenvolvimento infantil os quais realçam a importância dos primeiros tempos de vida, da relação mãe-filho e das competências dos bebés em estabelecer vínculos, relações e transacções fundamentais para o desenvolvimento.
- O terceiro advém das perspectivas ecológicas e sistémicas as quais salientam a importância do ambiente e dos contextos no desenvolvimento.

As respostas da Intervenção Precoce começaram por se focar de forma exclusiva na criança, alicerçando-se num modelo médico que procurava



remediar os défices da criança, identificados através de testes, descurando os contextos dos quais faz parte a criança (Correia e Serrano, 1998).

Inicialmente, a Intervenção Precoce, focava-se essencialmente na criança com deficiência, considerada de forma isolada em relação aos seus contextos de vida, sendo a actividade do profissional de Intervenção Precoce direccionada para a avaliação das crianças e para o delineamento de actividades de estimulação do desenvolvimento. Apesar do desenvolvimento da criança continuar a assumir o foco principal da Intervenção Precoce, as investigações e teorias recentes ao nível do desenvolvimento da criança, tornaram clara a necessidade de uma abordagem mais ampla, que tenha em consideração os factores que influenciam o desenvolvimento da criança e, conseqüentemente, a visão que temos sobre o que deve realmente ser a intervenção. Sem dúvida que uma perspectiva ecológica, consubstanciada no Modelo Ecológico de Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner (1976, 1977) e no Modelo Transaccional de Sameroff e Chandler (1975), teve uma influência determinante na conceptualização da Intervenção Precoce (Bailey e Wolery, 1992, in Cruz, 2003)

Almeida (1996), diz-nos que à perspectiva ecológica de desenvolvimento, subjazem três influências teóricas:

- Teoria dos Sistemas (Von Bertalanffy, 1968) em que a família é vista como um sistema em que a criança está inserida e cujas acções têm repercussões em todos os membros do sistema.
- Modelo Transaccional (Sameroff e Chandler, 1975) em que o desenvolvimento é visto como o produto das interacções da criança com a família e o meio, em interacção bidireccional o que implica uma transformação recíproca quer na criança quer no meio.
- Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano (Bronfenbrenner, 1977) o qual alarga a perspectiva da Teoria dos Sistemas inserindo a família em contextos cada vez mais abrangentes - a sociedade – subdividindo-a em 4 subsistemas, que influenciam e são influenciados pela criança (directa ou indirectamente) nos quais desenvolve diferentes papéis ( filho, irmão, aluno,

amigo, vizinho, cidadão, etc.). São quatro os subsistemas, representados como estruturas concêntricas em que cada uma está inserida na seguinte:

- microssistema - contexto mais próximo da criança e caracterizado pelas relações entre a criança e seus familiares e, ou prestadores de cuidados.

- mesossistema - caracterizado pelas relações entre os diferentes microssistemas em que a criança participa. A riqueza social do mesossistema define-se pela qualidade e quantidade das relações entre dois ou mais cenários nos quais a criança é participante activa

- exossistema - caracterizado pelas estruturas sociais em que a criança não participa directamente mas pelas quais é afectada. Neste nível uma das fontes de risco é o trabalho dos pais que pode fazer-se sentir de duas formas: a primeira é quando os pais ou outros adultos significativos da vida da criança, são tratados de forma que empobrece ou favorece o seu comportamento no microssistema que partilham com os filhos; a segunda teria a ver com a influência que as decisões tomadas nesses cenários, têm no dia-a-dia das crianças e suas famílias.

- macrossistema - caracterizado pelos contextos culturais e legislativos que influenciam a organização e prática dos outros subsistemas. Neste nível, o factor de risco será o sistema económico do país em que a família vive e que irá influenciar o seu estatuto sócio-económico.

A abordagem ecológica fornece uma forma sistemática de analisar, compreender e registar o que está a acontecer às crianças e jovens com as suas famílias e o contexto alargado no qual vivem (Horwath, 2000 in European Agency, 2005 )

Segundo a perspectiva transaccional, o desenvolvimento resulta de transacções dinâmicas que ocorrem ao longo dos tempos entre a criança e os seus diferentes contextos de vida. Para Bairrão (2005, in Dias 2007), neste modelo, o desenvolvimento da criança é visto como um produto de interacções dinâmicas e contínuas da criança com a experiência que lhe é fornecida pela família e pelo contexto social mais vasto em que se insere. Esta perspectiva revela-se inovadora porquanto coloca igual ênfase nos efeitos da criança e do

ambiente, de tal modo que as experiências fornecidas pelo meio não são encaradas como independentes da criança.

Este modelo transaccional reveste-se da maior importância na identificação de objectivos e estratégias de intervenção dado que as mudanças no comportamento são o resultado de uma série de trocas entre indivíduos no âmbito de um sistema partilhado, seguindo princípios reguladores específicos. (Sameroff & Fiese, 2000). Estes autores, identificaram em consonância com o modelo transaccional de desenvolvimento, três formas de intervenção:

- A Remediação que visa alterar a forma como a criança funciona em relação aos seus pais.

A *remediação* destina-se a introduzir uma modificação na criança com a ocorrência de eventuais modificações nos pais e que tem como principal objectivo as competências parentais pré-existentes, que seriam adequadas se a criança tivesse as respostas apropriadas (Pimentel, 2004).

- A Redefinição muda a forma como a mãe interpreta o comportamento da criança.

A *redefinição* está indicada quando os códigos familiares não enquadram nem aceitam o comportamento da criança e tem como principal objectivo a facilitação de interacções parentais mais adequadas (Pimentel, 2004).

-A reeducação que visa alterar o comportamento do progenitor em relação à criança.

A *reeducação* refere-se ao ensino dos pais e está indicada quando estes não têm as competências parentais básicas para regular o comportamento do seu filho (Pimentel, 2004).

Desta forma e como os modelos teóricos nos indicam, a intervenção não pode ter sucesso se as mudanças forem operadas exclusivamente na criança, sendo necessárias igualmente mudanças no ambiente onde esta se integra. O contexto de desenvolvimento da criança é tão importante quanto as suas características na determinação de um desenvolvimento com sucesso. Assim, qualquer apreciação dos determinantes do desenvolvimento deverá ter em conta a ampla constelação de factores ecológicos, nos quais a criança e a família estão contextualizadas (Sameroff e Fiese, 2000).

De acordo com as concepções actuais (Shonkoff e Phillips, 2000 in Cruz e Carvalho, 2003) a transacção entre a biologia e a experiência contribui para a compreensão do desenvolvimento e dos efeitos da Intervenção Precoce. Como tal, aceitar o Modelo Transaccional significa aceitar que é possível moldar a expressão de vulnerabilidades hereditárias através da promoção de transacções adequadas em contextos mais assertivos e aceitar que, as vulnerabilidades do desenvolvimento podem ter etiologias ambientais e sociais e não exclusivamente causas biológicas, que podem exigir igualmente reajustes nas transacções existentes.

O Modelo Transaccional, ao dar igual ênfase aos contextos como determinantes do desenvolvimento, teve como consequência inegável a justificação da Intervenção Precoce enquanto meio coadjuvante na superação da vulnerabilidade biológica e/ou social. Ou seja, este modelo reforça que a Intervenção Precoce pode tornar situações de risco reversíveis, se procurar ajudar precocemente o contexto de cuidados da criança a ajustar-se às necessidades especiais desta, possibilitando deste modo quebrar um possível ciclo vicioso de transacções inadequadas, que ao longo do tempo poderiam ter consequências negativas e irreversíveis.

A Intervenção Precoce, tal como nos diz Dunst e Bruder, (2002 in Dias, 2007), implica todo o conjunto de serviços, apoios e recursos que são necessários para responder quer às necessidades específicas da criança, quer às necessidades das suas famílias no que diz respeito à promoção do desenvolvimento da criança, incluindo todo o tipo de actividades, oportunidades e procedimentos destinados a promover o desenvolvimento e aprendizagem da criança, assim como o conjunto de oportunidades para que as famílias possam promover esse mesmo desenvolvimento e aprendizagem.

Segundo Leitão (1999), a Intervenção Precoce engloba todo um conjunto de serviços (médicos, educativos e sociais) que desenvolvem projectos e programas adequados às necessidades especiais das crianças, no sentido de evitar (componente preventiva da Intervenção Precoce) ou de reduzir ao mínimo (componente compensatória e reabilitativa da Intervenção Precoce) os efeitos negativos que determinados factores provocam no crescimento e no desenvolvimento infantil.

No enquadramento da análise realizada pela European Agency for Development in Special Needs Education, (2005), apresentada no relatório síntese o grupo de especialistas apresentou a seguinte definição:

*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 (pag.17).*

De acordo com Meisels e Shonkoff (2000), a Intervenção Precoce consiste num conjunto de serviços multidisciplinares, prestados a crianças dos 0-5 anos, de forma a promover saúde e bem-estar, reforçar competências emergentes, minimizar atrasos no desenvolvimento, remediar disfunções, prevenir deterioração funcional e promover capacidades parentais adaptativas e funcionamento familiar em geral.

A Intervenção Precoce, tal como nos diz Dunst e Bruder (2002 in Dias, 2007), implica todo o conjunto de serviços, apoios e recursos que são necessários para responder quer às necessidades específicas da criança, quer às necessidades das suas famílias no que diz respeito à promoção do desenvolvimento da criança, incluindo todo o tipo de actividades, oportunidades e procedimentos destinados a promover o desenvolvimento e aprendizagem da criança, assim como o conjunto de oportunidades para que as famílias possam promover esse mesmo desenvolvimento e aprendizagem.

## **1.2. A importância de Intervenção Precoce**

Leitão (1999) apresenta-nos argumentos básicos a favor da Intervenção Precoce, que subdivide em 3 grupos:

### Importância do envolvimento no desenvolvimento infantil

Nos anos setenta define-se um equilíbrio entre as duas componentes, componente genética e componente envolvimento que influenciam o desenvolvimento, com o reconhecimento de que dentro de certos limites impostos pelo potencial genético, as variáveis ambientais, podem modificar favorável ou desfavoravelmente, o desenvolvimento humano. Assim, argumenta-se que as perturbações no desenvolvimento podem em parte dever-se a variáveis ambientais e sociais e que se podem tornar decisivas nos primeiros anos de vida, pelo que cabe aos programas de Intervenção Precoce o papel da compensação relativamente a essas variáveis.

### Período sensível do desenvolvimento

É com base no princípio teórico de que as experiências precoces são a base do desenvolvimento futuro, que se desenvolve a ideia de que a intervenção educativa precoce é tanto mais efectiva quanto mais cedo for iniciada, tendo em conta que dada a sua grande plasticidade nos primeiros anos de vida, o organismo é mais sensível às influências do meio e portanto à influência da intervenção educativa.

Não obstante a importância, comumente aceite, das experiências precoces no desenvolvimento da criança, não se pode deduzir que elas surtam um efeito duradouro e continuado, pois é certo que o desenvolvimento é um processo contínuo e em qualquer momento as experiências são condicionadas e construídas a partir das anteriores. Desta forma, a intervenção educativa em idades mais elevadas não pode anular um passado de privação do mesmo modo que, um processo de intervenção educativa precoce, se não for continuado, não pode imunizar a criança contra os efeitos posteriores de um envolvimento pouco estimulante (Leitão, 1999).

### Prevenção de défices secundários

De acordo com vários autores, (Clark e Clark, 1974; Ramey, 1979, in Leitão, 1999), os efeitos positivos provocados pelos programas de intervenção precoce no desenvolvimento de crianças em situação de risco, parecem estar

relacionados com mudanças constantes e duradouras no envolvimento dessas crianças e não apenas com as primeiras experiências de estimulação.

Com efeito, se partirmos da perspectiva actualmente aceite de que o desenvolvimento da criança é influenciado por variadíssimos factores envolvimentoais, os efeitos positivos dos programas de intervenção precoce no desenvolvimento das crianças em risco, só se manifestarão se esses programas se dirigirem não apenas às competências básicas do comportamento da criança mas também sobre outros sistemas de envolvimento em que esta se insere. Esses sistemas (interacção mãe-criança, atitudes, valores e comportamentos dos elementos que fazem parte do envolvimento) ao proporcionarem à criança a vivência de experiências mais estimulantes e adequadas de forma constante e contínua, são os responsáveis pelos benefícios iniciais dos programas de intervenção precoce não se perderem com o passar do tempo. Deste modo, será a partir do envolvimento familiar e do novo sistema de interacções que estes passam a desenvolver com a criança, que a intervenção precoce ganha significado. É neste contexto que surge a preocupação de abranger nos programas, o sistema familiar, no qual o impacto da intervenção se pode observar ao nível do desenvolvimento de competências nos pais de forma a poderem desempenhar mais adequadamente o papel de primeiros agentes educativos e ao nível das mudanças na qualidade de vida das famílias apoiadas.

(Leitão, 1999) defende que existem dados mais que suficientes para demonstrar, sem sombra de dúvida, as vantagens dos programas de intervenção precoce e especifica essas vantagens, do seguinte modo:

- Aumento do potencial intelectual da criança
- Ganhos significativos na área do desenvolvimento cognitivo, da linguagem e psico-social, assim como desenvolvimento da autonomia pessoal e social.
- Prevenção ou inibição do desenvolvimento de perturbações secundárias ou associadas.
- Redução do stress das famílias com crianças deficientes.
- Promoção da qualidade de vida das famílias apoiadas.
- Redução do número de possíveis institucionalizações e do número de deficientes socialmente dependentes.

- Redução da taxa de insucesso escolar.
- Redução de encargos económicos pelo facto de aumentar a integração, das crianças com deficiência, na estrutura regular de ensino.

## 2. POPULAÇÃO ALVO DA INTERVENÇÃO PRECOCE

Muitas legislações e orientações valorizam a intervenção, nos primeiros anos de vida, não só em crianças com NEE e suas famílias, como também em crianças e famílias em situação de risco sócio-ambiental.

Serrano (no prelo), refere que os serviços e políticas de Intervenção Precoce destinam-se a três grupos de crianças: crianças com problemáticas estabelecidas (ex.: paralisia cerebral, síndrome de Down, etc.), crianças com atraso de desenvolvimento e crianças que apresentam factores de risco de desenvolvimento.

No sentido de atenuar não só as consequências de sequelas orgânicas, como também evitar que situações de risco biológico e ou social se consolidem, a Intervenção Precoce pode actuar em diferentes contextos (na família, amas, creches e Jardins de Infância) e em diferentes níveis de prevenção (Dias, 2007)

Brown e Brown (1993, in Dias, 2007) adaptaram os níveis de prevenção à área de Intervenção Precoce, definindo-os do seguinte modo:

-A Prevenção Primária, realizada para evitar a ocorrência de problemas que promovam condições de atraso no desenvolvimento das crianças, levando à diminuição das limitações individuais, do stress social e das pressões geradas pelas condições ambientais.

De acordo com Mrazek e Haggerty (1994, in European Agency, 2005), a prevenção primária refere-se a “*intervenções que ocorrem antes do começo de*



*uma alteração*”. Estas acções podem ser universais (como as medidas de saúde dirigidas a todas as crianças e famílias), selectivas (dirigidas a uma determinada população, como por exemplo os grupos de risco) e as indicadas para uma população (indivíduos com um risco identificado).

Os serviços providenciados a crianças de risco ambiental, reflectem uma estratégia de prevenção primária que tem como objectivo reduzir o número de crianças que só tardiamente poderiam ser identificadas como crianças com *atraso de desenvolvimento* (Serrano, no prelo).

- A Prevenção Secundária, a intervenção que procura focalizar a sua acção num determinado período de tempo, de modo a melhorar as dificuldades das crianças, reduzindo ou mesmo eliminando o seu impacto no futuro, não só no individuo como também na sociedade.

A Prevenção Secundária tem por objectivo reduzir o número de casos existentes, identificados com um determinado problema, actuando após o seu aparecimento, mas antes de estar totalmente desenvolvido. (European Agency, 2005)

- A Prevenção Terciária, a intervenção que procura reduzir as consequências e efeitos de uma deficiência, incapacidade ou atraso, através de várias formas de intervenção, que poderão promover a melhoria das dificuldades das crianças com necessidades educativas especiais já adquiridas.

A Prevenção Terciária tem por objectivo limitar ou reduzir os efeitos de uma alteração ou incapacidade actuando quando estes já estão instalados (European Agency, 2005).

### **2.1. Condições estabelecidas de NEE, situações de risco biológico e risco ambiental**

Segundo Lopes-dos-Santos e Fuertes (2005, in Dias 2007), para a classificação dos riscos, muitos investigadores partem de critérios etiológicos,

visando na sua maioria a criação de taxinomias para estudos de carácter epidemiológico.

Outros investigadores adoptam um critério topográfico, agrupando as situações em função do locus em que se manifestam primariamente as dificuldades:

- Na criança, se o problema for identificado no indivíduo tal como anomalias genéticas, alterações graves da personalidade, danos neurológicos, deficiências sensoriais, doenças físicas crónicas, insuficiente tempo de gestação.
- No ambiente, se as dificuldades são inicialmente sentidas no contexto, tais como doenças dos pais, depressão materna, dependências de drogas, e maus tratos da criança que se traduzem na negligência ou em situações de abuso sexual e agressões físicas e psicológicas.
- Na criança e no meio, quando o diagnóstico combina factores presentes na criança e no meio.

Tendo em conta o modelo “ bio-psico-social” de funcionalidade e incapacidade, publicado pela OMS (Organização Mundial de Saúde, CIF, 2001), estes três níveis devem ser entendidos de uma forma abrangente pois “ a funcionalidade de um individuo num domínio específico é uma interacção ou uma relação complexa entre as condições de saúde e os factores contextuais (factores ambientais e pessoais)”. Trata-se de uma interacção dinâmica entre estas componentes, pelo que intervenções a nível de uma componente podem potencialmente modificar uma ou mais das outras componentes.

Serrano (no prelo) chama a atenção para a importante questão da elegibilidade para os serviços de Intervenção Precoce, clarificando os critérios que devem definir as famílias e crianças como alvo de serviços de apoio em Intervenção Precoce, recomendando o seguinte:

- Na categoria de atraso de desenvolvimento a elegibilidade deve ser baseada em opinião clínica proveniente de cinco fontes de informação: relato dos pais, observação pais -criança, nos seus contextos do quotidiano, estado de saúde da criança e elementos formais de avaliação.

- A elegibilidade para serviços de Intervenção Precoce na categoria de risco estabelecido, destina-se a crianças que apresentem um diagnóstico relacionado com as seguintes situações problemáticas: a) alterações genéticas/anomalias cromossómicas; b) erros inatos do metabolismo; c) problemas neurológicos; d) malformações congénitas; e) problemas sensoriais; f) doença médica crónica; g) exposição tóxica severa; e h) doenças infecciosas graves (Benn, 1993).

A elegibilidade para serviços de Intervenção Precoce na categoria de risco, destina-se a famílias que apresentem dois ou mais factores de risco (biológico ou ambiental), factores esses que podem interferir com os cuidados, a saúde ou o desenvolvimento da criança. Os factores de risco são identificados a partir de uma lista específica de factores pré-natais, peri-natais, pós-natais, demográficos e familiares perfeitamente identificados na literatura científica da área (Shonkoff & Meisels, 2000, Guralnick, 1999, Dunst 1996,1995; Benn, 1991; Cicchetti & Toth, 1987; Sameroff, 1989; Siegel, 1985).

A mesma autora, chama ainda a atenção para as crianças de risco ambiental, que por decisões políticas e económicas, ficam sem os apoios de Intervenção Precoce e que apesar de nascerem intactas do ponto de vista do desenvolvimento, apresentam atrasos significativos ao fim de um ano de vida numa ou mais áreas do desenvolvimento (Werner, 1985; Sameroff, Seifer, Barocas, Zax, & Greenspan, 1987; Gabarino, 1982; Dunst ; 1994, 1995).

### **3. EMERGÊNCIA E EVOLUÇÃO DOS PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO PRECOCE**

Os primeiros programas de intervenção precoce surgem na década de sessenta nos Estados Unidos sendo dirigidos às crianças em situação de risco ambiental.

Nesta década, o principal objectivo dos Estados Unidos da América, era “quebrar o ciclo da pobreza” (Almeida, 1996). É neste contexto que surge em 1965, o programa “Head-Start”, cujo principal objectivo era adaptar a criança ao

meio escolar de forma a garantir maior sucesso educativo e adaptação social. Estas crianças eram consideradas em risco devido ao meio pouco, ou nada, estruturante em que estavam inseridas, principalmente devido às condições de pobreza e desorganização do meio sócio-familiar (Simões, 2004). As bases para este programa encontram-se no pressuposto de que as experiências precoces são fundamentais para o desenvolvimento posterior da criança. Assim, depois de identificados os factores que se constituem como adversos ao seu desenvolvimento, tais como privação cultural, cuidados de saúde precários, má nutrição, é possível criar respostas que promovam o desenvolvimento destas crianças.

O governo dos EUA, tem continuamente financiado a nível nacional o programa Head Start desde o seu início em 1965. Este foi inicialmente dirigido a todas as crianças de famílias desfavorecidas dentro da faixa etária dos três e quatro anos de idade. Em 1994, o programa “Head Start” foi reformulado com o “Early Head Start” (EHS) para incluir os serviços destinados a crianças dos zero aos três anos de idade (Wilkins, 2007).

Este programa era um projecto fundamentalmente centrado na criança mas era já um sistema multidimensional uma vez que combinava vários serviços (saúde, educação e serviços sociais). Embora com algumas preocupações relativamente às famílias destas crianças, promovendo (alguns deles) o seu envolvimento e a sua educação, os programas Hed-Start estão fundamentalmente centrados na criança e na sua compensação, valorizando “os aspectos curricular e programático no aspecto cognitivo e restrito, e raramente surgiram centrados na família ou comunidade, como agentes socializadores” (Bairrão, 1992 citado por Veiga, 1995).

Considera-se assim que três princípios fundamentais estão subjacentes a todas as iniciativas relativas às crianças que, nos EUA foram tomadas antes da década de sessenta: a responsabilidade assumida pela sociedade civil relativamente aos cuidados e protecção à infância; o empenhamento particular em resolver as necessidades especiais de algumas crianças, resultantes quer da sua situação de deficiência quer de risco sócio-ambiental; a ênfase dada aos aspectos preventivos, defendendo-se que uma intervenção precoce é

melhor do que uma remediação posterior (Shonkoff & Meisels, 1990 e Meisels & Shonkoff, 2000).

Em 1968, surge nos EUA a PL nº 90-538 (Lei Pública) que cria uma rede de programas para crianças com NE, cujos objectivos visavam o estabelecimento de uma rede de programas de intervenção precoce para estas crianças criando modelos alternativos para o seu atendimento variando no tipo de atendimento (domiciliário, em centros e em estruturas pré-escolares) e aumentando a amplitude da faixa etária alvo da intervenção (Veiga, 1995).

Em 1972, a PL nº 92-424, determina que 10% da cobertura do Head-Start seja direccionada para crianças com NEE visando “uma generalização e organização de cuidados e educação especial para crianças após os três anos”( Bairrão, 1994 in Veiga, 1995).

Em 1975, surge a PL nº 94-142, que garante o direito a uma educação apropriada para todas as crianças com NEE e em idade escolar, determinando que estas devem ter um Programa de Ensino Individualizado, a implementar no contexto o menos restritivo possível. Esta lei salienta ainda a necessidade de implementação de programas de intervenção precoce dirigidos às crianças entre os três e os cinco anos, proporcionando incentivos financeiros para a criação de serviços com estes objectivos.

Em 1986, surge a PL nº 99-457, a qual contém linhas orientadoras acerca do atendimento de crianças com NEE ou em risco de desenvolvimento com idades compreendidas entre os 0 e os 5 anos de idade, considerando duas modalidades distintas de atendimento: a parte H, que recomenda que os serviços locais e estatais providenciem serviços de intervenção para crianças dos 0 aos 3 anos de idade; e a parte B que obriga ao atendimento das crianças com NEE dos 3 aos 5 anos de idade, a qual constitui uma extensão da legislação já existente (PL 94-142). Na parte H encontram-se os critérios de elegibilidade que contemplam não só as crianças com NEE mas também as crianças em risco de desenvolvimento. Para além deste, outro aspecto

inovador aqui presente diz respeito ao foco de intervenção que passa da criança para a família. Com vista à operacionalização deste princípio, a parte H apresenta o designado “Plano de Atendimento Familiar Individualizado” (PAFI). Ambas as partes desta lei defendem “programas de Intervenção Precoce para todos os bebés e crianças com NEE ou em risco e suas famílias, que sejam estatais, abrangentes, coordenados, multidisciplinares e interserviços” (PL 99-457, Sec.671 in Correia e Serrano, 2000). “O PAFI cria novos desafios quer para os pais quer para os profissionais, cuja mensagem subjacente, única e clara é que a família constitui a componente-chave para uma intervenção eficaz” (Correia e Serrano, 2000).

#### **4. ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA INTERVENÇÃO PRECOCE EM PORTUGAL**

Em Portugal, só no ano de 1999, surge legislação própria (Despacho-Conjunto nº 891/99, de 19 de Outubro) que estabelece as principais linhas orientadoras da prática de Intervenção Precoce, considerando-a “uma medida de apoio integrada e centrada na criança e na família, mediante acção de natureza preventiva e habilitativa, designadamente no âmbito da Educação, Saúde e Acção Social”, tendo como destinatários as “crianças até aos seis anos, especialmente dos zero aos três anos, que apresentam deficiência ou risco de um atraso grave de desenvolvimento”.

Embora este enquadramento legal só se concretize no último ano do século XX, nos anos setenta surgem as primeiras experiências nesta área, protagonizadas pelo Centro de Paralisia Cerebral de Lisboa o qual criou um programa de IP para crianças com paralisia cerebral (Serrano, 2007). Durante a década de 80, surgem os programas de Intervenção Precoce com uma certa estrutura organizativa e fundamentação teórica relativamente consistente, dinamizados pela Direcção de Serviços de Orientação e Intervenção

Psicológica que aprofunda, implementa e dissemina o Modelo Portage, e pelo Projecto Integrado de Intervenção precoce de Coimbra, que nasce a partir de um Projecto de base comunitária em Águeda, onde pela primeira vez são envolvidas todas as crianças com NEE e em situação de risco ( SNR, 1983 in Dias, 2007). No entanto, estes programas são heterogéneos e confinam-se a algumas regiões do país. Ao nível da saúde, surgem também alguns programas de seguimento para crianças recém-nascidas de alto risco em vários hospitais do país. No âmbito da Segurança Social surgem algumas iniciativas de forma a encorajar as instituições privadas a criarem programas destinados a crianças de menor idade. No entanto estes programas estão desarticulados com outros serviços que também servem as necessidades das crianças e das suas famílias, o que resulta numa prestação de serviços fragmentada ( Peterson, 1991; Gallager, La Montagne & Johnson, 1998 in Serrano, 2007).

Com efeito, o Despacho Conjunto nº891/99, de 19 de Outubro, é o primeiro enquadramento legal que contém as orientações-base para a implementação dos serviços de IP em Portugal. “ As directrizes contidas no Despacho Conjunto nº 891/99 são consentâneas com os princípios e as práticas recomendados por organizações internacionais, de investigadores e profissionais da área da IP, nomeadamente a Division for Early Childhood do Council for Exceptional Children ( Serrano, 2007). Após o término do seu período experimental de 3 anos, seguiu-se um longo período de reflexão e avaliação, tendo sido produzida recentemente (6 de Outubro de 2009) nova legislação à qual nos reportaremos no capítulo final deste trabalho. Durante este período de avaliação surgiu em 2005, um projecto de investigação/avaliação do impacto da Intervenção Precoce no Alentejo, ao qual nos referimos de seguida:

#### **4.1. Avaliação do Impacto de Intervenção Precoce no Alentejo**

Na sequência da implementação de uma rede de serviços de Intervenção Precoce, pioneira em Portugal, que abrange os três distritos do Alentejo com uma estrutura coordenada entre diferentes serviços regionais dos Ministérios da Saúde, Educação e Solidariedade Social assim como instituições privadas de solidariedade social (IPSS), surgiu o projecto de investigação “Avaliação do Impacto da Intervenção Precoce no Alentejo: criança, família e comunidade” (2005), no sentido de verificar o impacto desta rede de serviços nas crianças e famílias que procuram servir.

Partindo da definição de Intervenção Precoce de Dunst como uma “forma de apoio prestado pelos membros de redes sociais de suporte formal e informal, que vai ter um impacto directo e indirecto sobre o funcionamento dos pais, da família e da comunidade”, este estudo tem como âmbito de avaliação a criança (no que diz respeito ao seu desenvolvimento), a família (no que se refere ao seu funcionamento) e a comunidade (nomeadamente os serviços de saúde e educação).

No sistema de saúde, o impacto da Intervenção Precoce verificou-se ao nível da informação e mudança nas práticas tanto de médicos como de enfermeiros. Cerca de 75% dos médicos já efectuaram sinalizações e encaminhamento de casos. Nas práticas dos enfermeiros verifica-se ainda uma mudança no trabalho com as famílias, prestando uma maior atenção aos seus problemas e um aumento do apoio domiciliário, assim como uma maior abertura ao trabalho com outros profissionais.

No sistema educativo, o impacto da Intervenção Precoce verifica-se no aumento da informação dos profissionais acerca do desenvolvimento da criança e das necessidades da família e ao nível das práticas como seja a utilização de instrumentos específicos de avaliação, planeamento da intervenção e mudanças quanto ao local de intervenção.

O trabalho centrado na família é considerado um dos benefícios mais significativos que a Intervenção Precoce trouxe à prática dos profissionais. Por sua vez os pais valorizam a ajuda recebida pela Intervenção Precoce



atribuindo-lhe uma acentuada importância para o desenvolvimento das suas crianças. A inclusão na comunidade parece ser a dimensão em que a Intervenção Precoce menos apoio tem trazido às famílias, apesar de surgirem acções nesse sentido como seja a procura de respostas na comunidade.

## 5. AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO

Halpern (1990, in Novais, 2000), ao fazer o historial dos programas de intervenção diz-nos que na base destes programas está a luta contra a pobreza, sendo o programa “Head Start” o mais paradigmático. Este, partindo da premissa que as crianças de meios pobres ingressam na escola em situação de desvantagem dada a falta de recursos da família e a falta de envolvimento parental nos cuidados educativos, incluíam componentes de educação pré-escolar, rastreio e serviços de saúde e de alimentação, bem como, estratégias de envolvimento parental.

Segundo Leitão (1999), os projectos “Head Start”, passaram alternadamente por períodos de optimismo e pessimismo. Inicialmente criou-se a ideia que o potencial intelectual podia ser significativamente modificado, através de um esforço de intervenção educativa simples e de curta duração, mas rapidamente se passou desta euforia para um pessimismo quando se constatou que os ganhos iniciais no desenvolvimento cognitivo, resultantes da intervenção educativa precoce, não eram mantidos se esses programas não tivessem continuidade.

McLoyd ( 1998, in Novais, 2000), afirma que os programas “Head Start” são apenas paliativos na redução da pobreza, uma vez que se centram na mudança dos comportamentos dos pobres e não na mudança das condições estruturais que levam à pobreza.

Schweinhart & Weikart (1989, in Novais, 2000), defendem que os programas educativos de qualidade tal como o programa “Perry Preschool”, (precursor do programa “Head Start”), baseados na abordagem

desenvolvimental, podem ajudar a combater as consequências da vida na pobreza. Com efeito, quando os resultados do grupo de crianças beneficiárias deste programa foram comparados com um outro grupo equivalente verificou-se que as primeiras tinham melhores resultados em testes de QI, maior sucesso escolar e eram menos sinalizadas para a educação especial, revelando posteriormente níveis mais elevados de adaptação social e redução da percentagem de recurso aos serviços assistenciais.

Leitão (1999), tendo em conta a revisão da literatura e a análise de vários estudos realizados no âmbito da avaliação de diversos programas de intervenção precoce dirigidos a crianças em risco desenvolvimental, diz-nos que não foi possível demonstrar se alguns programas são mais eficazes que outros, nem que características são superiores a outras, no entanto existem cinco variáveis que surgem sempre correlacionadas: a) Idade da criança no início do programa, b) objectivos do programa no trabalho com os pais, c) visitas domiciliárias, d) trabalho individualizado com a criança e e) grau de envolvimento dos pais. O mesmo autor diz-nos que esta constatação *“ leva os autores a afirmarem que os programas mais eficazes parecem ser os que incluem um intervencionista trabalhando individualmente, em casa, com a criança e os seus pais e desde o mais cedo possível”*.

Quanto aos programas dirigidos a crianças com risco estabelecido, apesar do problema da heterogeneidade (várias são as situações de NEE) e do número reduzido de estudos, o mesmo autor, relaciona algumas das suas características com a sua eficácia.

- Efeitos imediatos - ( os programas produzem benefícios imediatos moderados nas populações apoiadas)
- Início da intervenção - (parece haver uma ligeira vantagem para os programas que iniciam mais cedo a intervenção)
- Intensidade/Duração - (apesar da necessidade de realizar mais estudos, parece ser possível deduzir que programas mais longos e mais intensivos traduzem-se em resultados mais significativos no desenvolvimento das crianças com deficiência).

- Preparação dos técnicos – (parece haver evidências que sugerem uma ligeira vantagem aos programas que utilizam técnicos mais qualificados).
- Grau de estruturação dos currículos – (Se para os programas dirigidos a crianças em risco envolvimento, é possível afirmar que os currículos altamente estruturados são mais eficazes, neste aspecto, assim como no que diz respeito ao grau de envolvimento e à manutenção de resultados, os programas para crianças deficientes são inconclusivos).

### **5.1. Similitudes entre o “Head Start” e outros Programas de Intervenção**

Estimativas actuais sugerem que mais de metade dos países do mundo têm um programa nacional para a primeira infância., e certas regiões do mundo, como a América Latina, estão a demonstrar um aumento sem precedentes de programas para o Desenvolvimento da Primeira Infância, (UNESCO, 2007, in Britto & Gillian, 2008).

Apesar da prevalência e crescimento de programas para o Desenvolvimento da Primeira Infância, em todo o mundo, pouco se sabe sobre as semelhanças e singularidades dos referidos programas, dado que a maioria dos trabalhos internacionais se concentrou nos seus resultados, impacto e eficácia (Arnold, 2004; Engle et al. 2007, in Britto & Gillian, 2008).

Britto & Gillian, (2008), identificam várias similitudes entre o programa Head Start e os programas internacionais de Desenvolvimento Infantil Precoce:

-Redução da pobreza como uma meta principal. O Head Start nasceu durante a guerra contra a pobreza desenvolvida nos EUA nos anos 70. Os efeitos negativos da pobreza no desenvolvimento das crianças deram origem a um apelo ao governo para intervir e ter uma forte acção para melhorar estas consequências nocivas. Assim, o Head Start foi concebido como uma forma de “ superar uma série de dificuldades” sentidas pelas pessoas pobres em geral e

pelas pessoas pobres negras em particular (Zigler & Anderson, 1979, p. 12, in Britto & Gillian, 2008).

Similarmente ao Head Start, os programas de desenvolvimento para a primeira infância, dos países em desenvolvimento, são muitas vezes vistos como um meio para a erradicação da pobreza persistente. O princípio da eliminação da desigualdade social e económica através de programas para a infância é um esforço evidente, a nível nacional e internacional (Britto & Gillian, 2008).

- Uma segunda paridade entre o Head Start e os programas de desenvolvimento da primeira infância, reside na perspectiva de que as experiências precoces são cruciais e determinantes na vida do indivíduo. Na sua origem o Head Start foi primariamente um programa pré-escolar dirigido a crianças dos 3 aos 5 anos de idade. Durante a década de 1960, o ano imediatamente antes da escola primária foi considerado crucial para preparar as crianças para o sucesso na escola. Em 1995, porém, o programa The Early Head Start foi criado para servir as crianças desde o nascimento até aos 3 anos de idade em resposta à evidência de que os primeiros anos são excepcionalmente importantes para o crescimento e desenvolvimento da criança (Chazan-Cohen et al. 2002 in Britto & Gillian, 2008).

Internacionalmente, a perspectiva desenvolvimental dos programas para a primeira infância assenta numa abordagem que evidencia a compreensão dos períodos críticos e vulneráveis de desenvolvimento, identificando os principais períodos na primeira infância com diferentes riscos e oportunidades em cada fase de desenvolvimento.

Uma interessante semelhança entre a abordagem do programa Head Start e dos programas internacionais para a primeira infância reside no conceito de “oportunidade e vulnerabilidade” de desenvolvimento entre o nascimento e os 5 anos de idade. A premissa subjacente é que intervir o mais cedo possível na vida das crianças pode fazer uma grande diferença pois os seus efeitos são claramente mais fortes. (Vargas-Baron, 2005 in Britto & Gillian, 2008).

- A terceira similitude é o facto do conceito de desenvolvimento holístico estar profundamente enraizada no seio da filosofia do Head Start e dos programas internacionais. Até muito recentemente, a sobrevivência das crianças foi considerada a meta dos programas, dado que as necessidades mais prementes das crianças dos países em vias de desenvolvimento são a saúde e o estado nutricional (UNICEF, 2007). Consequentemente, os programas concentraram-se principalmente no controlo da doença, sobrevivência, saúde e nutrição. Ao longo da última década, no entanto, este foco tem-se expandido para além das questões da sobrevivência para enfrentar noções mais holísticas em termos do desenvolvimento da criança e do bem-estar. A Organização Mundial das Nações Unidas estabelece que todas as crianças têm necessidade "de ser fisicamente saudáveis, mentalmente despertas, emocionalmente seguras, socialmente competentes, e capazes de aprender " (Nações Unidas, 2002, in Britto & Gillian, 2008).

As definições internacionais de desenvolvimento holístico incluem a saúde física, nutrição e higiene, bem como o desenvolvimento cognitivo, social, físico e emocional (UNESCO, 2007 in Britto & Gillian, 2008).

A principal premissa subjacente ao conceito de desenvolvimento holístico acentua cada vez mais tudo aquilo que as crianças devem saber e serem capazes de fazer para atingir o seu pleno potencial. O desenvolvimento holístico é certamente o resultado esperado para os programas internacionais e para o Head Start, mas existe contudo uma diferença fundamental entre eles que se prende com a sua finalidade. O Head Start explicitamente afirma que os programas são concebidos para promover a aptidão da aprendizagem escolar. Internacionalmente, esta aptidão, é apenas um aspecto do conjunto final de objectivos, dado que o princípio que lhe subjaz é fundamentalmente assegurar que a criança atinja o seu pleno potencial de desenvolvimento (Engle et al., 2007 in Britto & Gillian, 2008), sendo por isso mais amplo que a mera aptidão escolar. O desenvolvimento do potencial poderá ser considerado semelhante à preparação para a vida, situações que se

estendem muito para além do ensino formal (Britto & Kohen, 2005 in Britto & Gillian, 2008).

- A quarta similitude diz respeito à integração de serviços completos ao nível da saúde e educação, embora o tipo de serviços incluídos nos programas variem muito de país para país. Existe a nível internacional uma tendência para sublinhar uma abordagem abrangente (Evans, Myers, & Ilfeld, 2000, in Britto & Gillian, 2008). O pacote de serviços recomendados está para além de controlo da doença e da sobrevivência, apontando para a promoção do desenvolvimento da primeira infância através do fornecimento de um pacote abrangente de intervenções que são soluções rentáveis e sustentáveis (Gragnotati, Shekar, & Das Gupta, 2005 in Britto & Gillian, 2008).

Os programas abrangentes são vistos como a abordagem mais eficaz para a melhoria do desenvolvimento holístico da criança, porque potencia sinergias naturais entre os múltiplos domínios do desenvolvimento (Britto, Kagan, & Barron, 2007 in Britto & Gillian, 2008).

Desde a sua criação, o programa Head Start foi concebido como um pacote de serviços que abordaria todos os domínios reconhecidos como importantes para o desenvolvimento de crianças de tenra idade (Zigler, Piotrkowski, & Collins, 1994 in Britto & Gillian, 2008). Essa conceptualização foi baseada na premissa de que uma integração dos serviços, "vai ser maior que a soma das partes" (O'Brien, Connell, & Griffin, 2004, p. 161 in Britto & Gillian, 2008)

O "Head Start" tem sido descrito como um laboratório nacional para os profissionais e investigadores interessados na promoção da saúde, educação e bem-estar das crianças e das famílias, sendo evidente o seu papel importante no início de novas gerações de programas educacionais dentro dos Estados Unidos (Henrich, 2004 in Britto & Gillian, 2008).

Claramente os programas para o desenvolvimento da primeira infância têm subjacentes filosofias comuns que incluem o objectivo fundamental de redução da pobreza e das consequentes desigualdades sociais e económicas

através de serviços destinados às crianças e suas famílias abordando uma vasta gama de factores relacionados com a saúde da criança e o seu desenvolvimento global.

Várias comunicações no National Symposium on Early Childhood Science and Policy (2007) enfatizaram a importância dos programas para a primeira infância, defendendo que ao criar e implementar programas e políticas eficazes para a infância, a sociedade pode garantir às crianças uma base sólida para um futuro produtivo. Quatro décadas de pesquisa e avaliação identificaram programas inovadores que podem melhorar uma vasta gama de resultados com impacto na vida adulta. Com atenção especial à qualidade e melhoria contínua, esses programas podem ser rentáveis e produzir resultados positivos para as crianças. As apresentações, sublinharam algumas ideias importantes:

- A eficácia de serviços de suporte reside no facto de estes construírem relações e estimularem ambientes.
- Para o desenvolvimento cerebral de bebés e crianças é imprescindível uma interacção adequada adulto/ criança para que esta se sinta segura para explorar o ambiente.
- A qualidade de execução dos programas é fundamental. Rigorosas normas de formação e assistência técnica dos programas em curso, bem como a avaliação da qualidade e melhoria contínua são fundamentais para garantir a sua eficácia.
- Uma abordagem multi-estratégica vai permitir melhores resultados e será mais promissora no que se refere a garantir um futuro saudável para as crianças. Não existe um único programa para atender as diversas necessidades de desenvolvimento de todas as crianças. Este tipo de programas contempla uma gama de necessidades com um continuum de relacionamentos e serviços, os quais proporcionam apoio emocional, social e

desenvolvimento cognitivo, estando todos estes aspectos intrinsecamente ligados.

A pesquisa realizada ao longo de décadas, sugere uma abordagem a três níveis para garantir a saúde e o bem-estar das crianças:

Nível 1 - abrange os princípios básicos dos serviços de saúde, criando ambientes estáveis e seguros ajudando a criança a desenvolver-se física e mentalmente.

Nível 2 - inclui intervenções globalmente orientadas para crianças e famílias em situação de pobreza, ou seja, programas que combinam centros eficazes de cuidados e educação para crianças com os serviços para os pais, tais como a educação ou apoio económico. Este tipo de programa pode ter efeitos positivos sobre as famílias e aumentar a probabilidade das crianças estarem preparados para ter sucesso na escola.

Nível 3 - oferece serviços especializados para crianças e famílias que têm mais probabilidade de experimentar o stress tóxico. A especificidade destes programas centra-se nas intervenções e serviços dirigidos a crianças maltratadas e ao acompanhamento de famílias com problemas relacionados com o abuso de substâncias e saúde mental.

A investigação e avaliação contribuíram para identificar as características de sucesso de programas, conhecidos como factores de eficácia, os quais incluem:

- pessoal qualificado e adequadamente compensado
- baixos rácios adultos
- criança- ambiente linguístico rico
- desenvolvimento adequado do "currículo"
- segurança física
- interação adulto-criança afectiva e responsiva



Os programas eficazes dirigidos à primeira infância, geram benefícios para a sociedade que excedem amplamente os custos do próprio programa. Uma extensa análise efectuada pelos economistas mostrou que os investimentos em educação e desenvolvimento nos primeiros anos de vida são os mais rentáveis. A maior parte desses rendimentos, que pode variar entre 3 a 16 dólares por dólar investido, beneficia a comunidade pela diminuição da criminalidade, assistência social, educacional e de reabilitação, bem como um aumento das receitas fiscais sobre rendimentos mais elevados para os participantes dos programas da primeira infância quando atingem a idade adulta (National Symposium on Early Childhood Science and Policy, 2007).

O Relatório do Centro de Desenvolvimento da Criança da Universidade de Harvard ( 2007), sublinha a importância das experiências precoces no desenvolvimento e arquitectura do cérebro e por sua vez, na futura aprendizagem, saúde e comportamento.

Com base na análise cuidadosa de programas para crianças desde o nascimento aos cinco anos de idade, desenvolvidos ao longo de quatro décadas, este relatório tenta abordar questões que os políticos colocam, relativamente ao “quando” e “como” investir na vida das crianças e jovens. Analisa diferentes contextos nos quais as políticas podem afectar a forma como as crianças se desenvolvem, incluindo: a) A família nuclear; b) Out-of-home; c) Programas multigeracionais e d) Recursos económicos da família.

A família nuclear - Programas desenhados para servir as crianças no contexto da sua família, ou seja, programas de visitas domiciliárias que incluem auxílio no que diz respeito à saúde e nutrição e têm por alvo famílias tóxicas que sofrem de stress (por exemplo, pais com problemas de saúde mental ou toxicoddependência)

A investigação e avaliação destes programas sugere que o acesso aos cuidados médicos básicos por parte das mulheres grávidas e crianças pode ajudar a prevenir as ameaças ao desenvolvimento saudável bem como proporcionar a detecção precoce e intervenção para os problemas que surgem. Refere ainda que o apoio intensivo à família através das visitas

domiciliárias por pessoal especializado pode produzir benefícios para as crianças e para os pais, especialmente quando ela é orientada para as famílias em risco.

Out-of-Home - Programas que atendem crianças em contextos fora do seu domicílio como centros de cuidados para crianças, ou em casa do prestador de cuidados. A investigação e avaliação destes programas demonstra que nem todos os out-of-home são capazes de fornecer serviços de alta qualidade. Embora ainda permaneçam dúvidas sobre a coerência e a duração dos programas de alta qualidade e os efeitos sobre o desenvolvimento da criança os investigadores sugerem que a participação das crianças de famílias de baixo nível económico em centros de educação precoce de alta qualidade, pode melhorar os seus resultados desenvolvimentais.

Programa multi-geracional- A meta do programa multi-geracional é a educação e prestação de serviços não só para crianças mas também para os pais. Estes programas incidem sobre o ambiente de interações em que as crianças se desenvolvem. Estes programas fornecem abrangentes serviços para as crianças e suas famílias que se encontram em situações adversas e incluem modelos como o Head Start e Early Head Start. Estes exigem uma avaliação contínua para que os serviços sejam ajustados às diversas circunstâncias das populações-alvo.

Recursos económicos da família - As crianças que crescem em situação de pobreza são mais susceptíveis de terem menos sucesso na escola, serem menos produtivos quando integrados no mercado de trabalho, revelarem problemas de saúde e comportamentos problemáticos. A avaliação de programas e políticas de apoio ao desenvolvimento saudável das crianças, sugere que o suplemento económico a famílias com baixos rendimentos é uma estratégia de apoio ao desenvolvimento de crianças.

Da análise e avaliação dos programas de investigação e políticas que abrangem as crianças nestes contextos, o mesmo relatório identifica um conjunto de factores denominados "factores de eficácia", que podem provocar um impacto positivo no desenvolvimento infantil. Estes incluem:

- Serviços de Rastreio e pessoal qualificado. Estes serviços fornecem serviços de rastreio (médicos, creches, JI) capazes de identificar as necessidades e fazer encaminhamentos de forma atempada, e proporcionar programas de qualidade com pessoal qualificado para ajudar a família a resolver os seus problemas.
- Programas Específicos. Estes programas destinam-se a populações com riscos específicos e globalmente dirigidos (por exemplo, para todas as famílias em situação de pobreza), para que mais famílias com necessidades possam ser identificadas e incluídas em programas destinados a abordar os riscos específicos parentais, tais como a depressão ou potenciais maus-tratos às crianças.
- Serviços de Saúde Mental. Estes serviços são importantes para responder à necessidade de profissionais bem treinados com experiência em serviços de saúde mental para famílias com filhos pequenos.

Parece-nos poder afirmar que em todos os casos, a chave para a manutenção de programas eficazes, é a escolha de estratégias que têm demonstrado a sua eficácia e garantir que elas sejam bem implementadas, devendo ser claro o método de avaliação do seu impacto.

## **6. FILOSOFIA DOS PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO PRECOCE**

A partir do momento em que é definida a orientação filosófica, o mais importante é como implementar essa filosofia já que esta perde o sentido se não for um guia efectivo das acções diárias dos intervencionistas que só será possível se estes acreditarem nela ( Zemke, 1985 in Dunst & Wolery, 1997).

Estes autores referem que na intervenção precoce e respectivos programas prevalecem quatro diferentes olhares filosóficos dirigidos às famílias, que consequentemente afectam as práticas:

#### A família como vítima

Esta visão filosófica encara a família como vítima de pobreza, ignorância e da sua circunstância. O principal objectivo desta filosofia é sobretudo salvar a criança através da educação ( Zigler & Muenchuow, 1992, in Dunst & Worley, 1997). O baixo nível sócio- cultural das famílias é visto como um ambiente educacional deficitário para o desenvolvimento da criança ( Shapiro, 1977 in Dunst & Wolery 1997).

#### A família como sendo incapaz

Este é um modelo típico da escola em que o objectivo primordial é educar a criança. Os professores focam-se na optimização da aprendizagem da criança. A família e escola são vistas como entidades separadas necessitando de ajuda para interagirem.

#### A família como consumidora

Este tipo de filosofia encara a família como compradores e receptores de serviços, cuja preocupação é manter os pais satisfeitos com os serviços tendo em conta a manutenção do negócio. O foco principal destas políticas encontra-se nos aspectos financeiros, preocupando-se em cuidar das crianças apenas dentro do centro, desvalorizando e desligando-se de tudo o que se passa com a criança fora daquele contexto.

#### A família como parceiro

Esta filosofia tem como objectivo fazer a intervenção que os pais desejam. A relação entre pais e profissionais não obedecem a hierarquias tendo os pais espaço para tomar decisões. Os profissionais podem considerar-se como especialistas no processo de ensino e os pais considerarem-se os melhores conhecedores do desenvolvimento do seu filho ( Bundy, 1991 in Dunst & Worley, 1997).

A componente da comunicação é essencial para estabelecer esta parceria, sendo dadas aos pais várias opções para se envolverem na educação dos seus filhos.

---

## 7. MODELOS DE INTERVENÇÃO

### 7.1. Modelo Centrado na Família

No modelo centrado na família, as necessidades e desejos da família orientam a prestação de serviços, reconhecendo-se que as relações entre os vários membros da família assim como as relações entre a família e a comunidade são importantes para o desenvolvimento da criança e para o funcionamento da sua família.

Este difere do modelo tradicional na medida em que coloca o enfoque na criança no contexto da sua família e não apenas na criança. As forças e recursos da criança e da família constituem a base da intervenção, em contraste com as abordagens tradicionais que se focam na incapacidade, patologia ou dificuldades da criança (Hanson e Lynch, 2004).

Neste modelo de intervenção as famílias são parceiros activos dos profissionais sendo considerados como agentes capazes de fazer escolhas informadas (Spagnola e Fiese, 2007).

Nos anos 70, surge o movimento da desinstitucionalização preconizando a integração das pessoas com NEE e com ele uma nova perspectiva de atendimento no seio da família para o qual contribuiu a teoria dos sistemas fornecendo um quadro conceptual que remetia para a família como unidade de intervenção (Allen e Petr, 1996 in Correia e Serrano, 2002).

O modelo centrado na família, tornou-se no paradigma dos sistemas, programas e serviços da intervenção precoce desde os anos oitenta. Bronfenbrenner (1975 in Hanson e Lynch, 2004) conclui que o envolvimento activo dos pais foi o maior contributo para o sucesso dos programas de intervenção.

Vários profissionais, em toda uma gama de disciplinas têm chamado a atenção para as mudanças drásticas na conceptualização e no modo como os

serviços de intervenção precoce têm sido prestados (Bailey et al., 1998; Boone & Crais, 1999; RA McWilliam, Synder, Harbin, Porter, & Munn, 2000 in Crais et al, 2006).

As parcerias são importantes para todos os profissionais que trabalham com crianças e famílias sendo fundamentais para trabalhar com crianças com deficiência. A sua importância tem vindo a ser realçada ao longo dos anos sendo no entanto, mais facilmente descritas do que criadas e mantidas. Os pais e membros da família conhecem melhor do que ninguém a sua criança, compreendem as necessidades do seu sistema familiar, as crenças e comportamentos que valorizam a partir dos quais orientam as suas vidas. Tipicamente os elementos da família são os melhores defensores da criança na medida em que conhecem as suas necessidades contextualizadas no sistema social a que pertencem que muitas vezes se confrontam com as que são definidas pelos profissionais e pelo sistema mais alargado. (Hanson e Lynch, 2004).

Com efeito, numerosos princípios do modelo de intervenção centrado-na-família, têm sido identificados na literatura (Bailey et al., 1998; Bailey, McWilliam, Winton, & Simeonsson, 1992; Crais, 1996; Dunst, Trivette, & Deal, 1988; RA McWilliam et al. , 2000, in Crais et al, 2006) mas a aplicação destes princípios na prática tem sido difícil e particularmente difícil de medir.

Minuchin (1985, in Carrapatoso, 2003), nomeia os princípios da teoria sistémica relativos à família:

- A família como sistema é um todo organizado em que os membros são interdependentes.
- As relações de interacção entre os membros são circulares e não lineares.
- As famílias têm características homeostáticas que mantêm a estabilidade dos padrões de interacção.
- A evolução e mudança são inerentes aos sistemas familiares.

- Os sistemas familiares são compostos por sub-sistemas, separados por fronteiras e regidos por regras e padrões de interacção.

A perspectiva sistémica encara a família como um “todo” com características e necessidades únicas, que, por sua vez, se insere num conjunto mais vasto de influências e redes sociais formais e informais. Todos estes elementos são interdependentes e influenciam-se mutuamente (Correia e Serrano, 2002).

A estrutura familiar inclui na sua composição o estatuto socioeconómico, cultura, religião, educação, situação geográfica e como é referido por Turnbull et al. (2000, in Carrapatoso, 2003), acresce a estes factores a existência de elementos da família com carácter de excepcionalidade, incluindo nestes uma criança com deficiência cuja severidade afecta o funcionamento individual de cada um dos membros da família.

Também a cultura e nível sócio-económico ditam valores e perspectivas às famílias que afectam o modo de funcionamento da família face à deficiência e dentro de cada grupo cultural existem várias sub-culturas com as próprias normas, crenças, valores e atitudes (Leitão, 1993)

De acordo com Allen e Petr (1996), McBride, Brotherson, Joanning, Whiddon e Demmitt (1993) e Turnbull, Turbiville e Turnbull (2000) in Pimentel (2004), o modelo centrado na família deve respeitar três princípios fundamentais:

Considerar a família como o foco do serviço

Este princípio pressupõe que as preocupações de qualquer dos elementos da família podem tornar-se objectivos de intervenção e que as forças de qualquer dos membros devem assumir-se como recursos da intervenção;

Apoiar a família no que respeita às tomadas de decisão

Este princípio é essencial para que possa estabelecer-se entre a família e o profissional uma relação de parceria, a única que permite que a família se sinta em controlo da situação, permitindo posteriormente a sua autonomização face ao técnico;

#### Reforçar o funcionamento familiar

Na prática, este reforço consegue-se proporcionando serviços que aumentem as competências e conhecimentos da família, de forma a que estas possam mobilizar todos os seus recursos.

O objectivo mais amplo do modelo de intervenção centrado na família é melhorar o bem-estar da família como um todo (Bailey & McWilliam, 1993 e McBride, Brotherson, Joanning, Whiddon & Demmitt, 1993, in Pimentel, 2004).

O foco do modelo centrado na família é o reforço da capacidade dos pais para se tornarem decisores informados, bem como defensores de seus filhos através da colaboração activa com os profissionais. Embora muitos profissionais acreditem nos princípios do modelo centrado na família, traduzir esses princípios na prática pode ser difícil. Infelizmente, apesar deste recente foco, alguns prestadores de serviços continuam a fornecer um papel limitado aos pais no processo de tomada de decisão (Boone & Crais, 1999; Crais & Belardi, 1999; RA McWilliam et al., 2000 in Crais et al, 2006).

Mc Gonigel, Kaufman e Jonhson (1991 in Correia e Serrano, 2002), tendo por base os trabalhos de Dunst e al. (1998), Rappaport (1984) e Shelton e al. (1987) referem que “ no coração da filosofia centrada na família estão os conceitos de “capacitar” (criar oportunidades para que todos os membros da família possam demonstrar e adquirir competências) e “partilhar poder” ou “Corresponsabilizar” (capacidade da família na satisfação das suas próprias necessidades e aspirações, criando um sentimento de controlo e domínio intrafamiliar).



A capacitação das famílias poderá ser entendida enquanto criação de oportunidades para os membros da família se sentirem mais competentes, independentes e auto-suficientes, em relação às suas capacidades, que lhes permitam mobilizar as suas redes sociais no sentido de verem as suas necessidades satisfeitas e os objectivos que desejam alcançados.

A “Corresponsabilização” das famílias significa levar a cabo intervenções de forma que os membros da família adquiram um sentimento de controlo sobre a sua vida, como resultado do seu próprio esforço para alcançar os seus objectivos. Isto equivale a dizer que as famílias experienciam o sucesso ao conseguirem aceder aos recursos, formais e informais, e ao aumentarem a confiança nas suas próprias capacidades para resolverem desafios futuros.

Outro pressuposto importante da intervenção centrada na família, é o do fortalecimento das famílias e respectivas redes de suporte naturais, dos seus contextos de vida, sem nunca pôr em causa o poder de tomada de decisão das famílias, ou suplantando as suas redes sociais de apoio com determinados serviços profissionais. “Fortalecer” significa, desta forma, apoiar e construir a intervenção com base nas “forças” da família, ou seja, com base naquilo que a família faz bem, de forma a promover e encorajar a mobilização de recursos da sua rede de suporte. Ao longo da intervenção, deve ser dada atenção ao aumento de aquisição, por parte das famílias, de uma grande variedade de competências que lhes permita tornarem-se cada vez mais capazes de satisfazer as suas necessidades, através da mobilização dos seus recursos. Neste sentido, aumentar a aquisição de competências significa providenciar às famílias as necessárias informações e aptidões de forma a que cada família se torne auto-suficiente e, conseqüentemente, mais capaz de promover o seu bem-estar, bem como ser capaz de contagiar de forma positiva outras áreas de funcionamento do seu sistema familiar (Dunst, Trivette e Deal, 1994 in Cruz (2003).

A teoria do “empower” de (Dunst, 2002, in Crais et al, 2006) enfatiza as famílias como decisores em matéria de serviços de intervenção precoce, destacando a necessidade dos profissionais ajudarem os pais na formulação de planos que atendam as preocupações e prioridades da família (Crais et al, 2006).

Simeonsson e Bailey (1990) e Peterson, (1988), in Correia e Serrano (2002), comprovaram pela sua investigação a eficácia dos programas de Intervenção Precoce que envolvem activamente os pais.

No entanto, as famílias das crianças de risco apresentam necessidades que podem ir para além do apoio específico ao desenvolvimento do seu filho que uma vez satisfeitas contribuem de forma directa ou indirecta para esse desenvolvimento (Bailey e Worley, 1992, in Correia e Serrano, 2002).

Segundo Dunst e Trivette (1994 ) e Dunst, Johanson, Trivette e Hamby (1991) in Pimentel (2004), são seis os princípios fundamentais dos programas de apoio à família:

- Promover um sentido de comunidade, através da facilitação de contactos entre pessoas que partilham valores e necessidades, de tal forma que criem interdependências mutuamente benéficas;
- Mobilizar recursos e apoios, através da construção de sistemas e redes de apoio formais e, sobretudo, informais que permitam encontrar respostas flexíveis e individualizadas às necessidades de cada família;
- Partilhar responsabilidades e favorecer a colaboração entre famílias e profissionais com o estabelecimento de relações de efectiva parceria;
- Proteger a integridade familiar respeitando as crenças e valores da família;
- Fortalecer o funcionamento familiar promovendo as capacidades e competências da família necessárias para mobilizar recursos e não focalizando os aspectos fracos ou deficitários da família;
- Adoptar práticas "*proactivas*", através de um modelo de promoção de competências e de prestação de serviços "à medida do consumidor".

A filosofia do fortalecimento é encontrada em campos tão diversos como a intervenção precoce e as práticas centradas na família, a psicologia organizacional e a gestão. Este construto teórico tem três pressupostos básicos a que devem corresponder três atitudes por parte do prestador de serviços (Pimentel, 2004):

- Que todos os indivíduos têm competências ou pelo menos, podem vir a adquiri-las, o que implica que o prestador de serviços deva assumir uma atitude "*proactiva*" relativamente às famílias
- Que o facto de não exibirem essas competências se deve à estrutura social onde estão inseridos que impossibilitou a sua actualização, o que implica que o prestador de serviços deva actuar no sentido da capacitação e promoção de competências;
- Que a aprendizagem de novas competências é facilitada quando é feita no contexto de vida das famílias e assume a sua plenitude quando estas exercem o controle sobre as situações e circunstâncias que as envolvem, o que implica que o prestador de cuidados deva actuar no sentido da corresponsabilização dos elementos da família.

Os serviços de Intervenção Precoce devem ser providenciados no contexto de relações de apoio entre o profissional e a família (Trout e Foley, 1989, in Cruz, 2003). O processo de desenvolvimento de relações positivas entre técnicos e famílias pode ser simultaneamente complexo e compensador, assumindo tal processo um papel central na Intervenção Precoce. Desta forma, é reconhecido actualmente que o sucesso da intervenção está intimamente relacionado com a qualidade da relação família-técnico e que uma relação de colaboração pode melhorar o sentimento da família de se sentir compreendida e apoiada. Isto, por sua vez, pode levar a mudanças nas interacções pais-criança e, conseqüentemente, no desenvolvimento da criança (Kalmanson e Seligman, 1995 in Cruz, 2003).

Foram feitos estudos no sentido de analisar as variáveis que apoiam a colaboração entre profissionais e famílias tendo sido identificadas cinco categorias por Dinnebeil, Hale e Rule(1996) as quais são referidas por Hanson e Lynch, (2004): a) Características da família; b) Crenças filosóficas e atitudes; c) Modos de trabalhar em conjunto; d) Conhecimento base; e)Influências ambientais

Segundo autores como Dunst, Trivette e Deal (1988, in Cruz, 2003), os serviços de Intervenção Precoce prestados à família, devem ser baseados nos recursos formais e informais existentes na comunidade, de forma a capacitar e

a corresponsabilizar a família na satisfação das necessidades e prioridades apontadas por ela própria. Assim sendo, uma intervenção “baseada em centros” e desligada da realidade de vida da família, perde sentido na Intervenção Precoce. Uma abordagem “capacitante” da Intervenção Precoce, promove o auto-controle e auto-estima das famílias, ao permitir um aumento das suas competências e capacidades para cuidarem dos seus filhos

Num modelo centrado na família, os profissionais têm de assumir papéis e responsabilidades que tradicionalmente não faziam parte da sua profissão e de adquirir novas capacidades que lhes permitam fazer tal empreendimento (Raver e Kilgo, 1991, in Cruz, 2003). Os técnicos desempenham um importante papel na criação e manutenção das mudanças operadas na família, assumindo uma responsabilidade pessoal e uma oportunidade única para fazer uma diferença positiva em cada família com que trabalham. Reconhecer o papel dos pais como decisores no processo de intervenção, numa forma responsiva às suas prioridades e necessidades, constitui a base das relações individualizadas entre pais e profissionais. Ambas as partes têm contributos únicos para trazer para a verdadeira colaboração, que pode ser benéfico não só para a criança em Intervenção Precoce, como também para as próprias famílias e profissionais.

Mc William e al. (1996) identificaram cinco aspectos no modelo de intervenção centrado na família:

- Definição de Família Positiva: os profissionais exercem um olhar positivo sobre as famílias não apenas quando intervêm directamente com elas mas também quando estão a comunicar com outros profissionais. Nesta abordagem os profissionais estão disponíveis para receber o feedback dos pais e encorajam-nos a defender os interesses dos seus filhos.
- Orientação da família: os intervencionistas estão interessados em conhecer as necessidades de toda a família, sendo incluída num plano de intervenção individualizado, onde são incluídas todas as respostas às necessidades de todos os elementos da família.

- Sensibilidade: um componente chave no modelo de intervenção centrado na família é que os profissionais sejam sensíveis às preocupações dos pais e continuamente promovam a sua auto-confiança em todas as situações.

A sensibilidade para os sentimentos dos pais é uma parte essencial para a prática de um modelo de intervenção centrado na família.

- Responsividade: outro aspecto deste modelo, é ser responsivo aos pedidos e desejos dos pais. A responsividade dos profissionais passa por reagir rapidamente aos pedidos dos pais, tentando responder positivamente usando os recursos existentes na família (Dunst, 1994, in McWilliam, (1997).

- Escolha: um dos mais salientes aspectos deste modelo é a oportunidade de escolha que é dada aos pais, acerca do nível de envolvimento que eles vão assumir no que respeita à intervenção com a sua criança.

Os profissionais reconhecem as qualidades únicas de cada família e compreendem que um elevado nível de envolvimento não é viável para todas as famílias e não é um desejo de todas (Foster, Berger, & McLean, 1981 in McWilliam, (1997).

O processo centrado na família, ou focado na família pressupõe os seguintes objectivos: a) ajudar a família a cuidar e a criar a sua criança com incapacidades e necessidades próprias; b) Ajudar a família a compreender o desenvolvimento e as necessidades da sua criança como individuo e como elemento da família; c) Promover as interações pais/criança mutuamente satisfatórias e adequadas ao desenvolvimento da criança; d) Preservar e reforçar a dignidade da família respondendo às suas necessidades e desejos em todas as fases do serviço (Hanson e Lynch, 2004 ).

## **7.2. Modelo Colaborativo**

A presença e os subsequentes cuidados da criança com necessidades especiais, muitas vezes produzem um trauma de enorme magnitude, que torna a adaptação da família um processo verdadeiramente difícil. As fontes de apoio normalmente disponíveis em momentos de stress, geralmente fornecidos por

amigos e família alargada, poderão estar comprometidas (Bloch, 2008). A dor dos pais, irmãos, avós e outros familiares, limita a sua capacidade para se tornar um recurso útil e afecta o desenvolvimento da criança. Surgiu assim, a necessidade de uma revisão conceptual do sistema de apoio que incide sobre capacitação e informação, em que os pais são vistos como participantes, criando uma parceria que inclui os pais como colaboradores e não como pacientes ou clientes (Bloch et al., 2005 in Bloch, 2008).).

Bloch (2008), apresenta-nos um modelo de prática deste tipo de intervenção, chamado de The Home/School Collaborative Model (HSCM), o qual se baseia nos seguintes pressupostos:

- Famílias com crianças com problemas de desenvolvimento são como todas as famílias.
- As crianças diferem muito na sua adaptação pessoal e social, funcionamento e capacidades.
- No período pós-natal a esmagadora confusão e ansiedade são reacções normais a uma crise real.
- A disfunção familiar é muitas vezes uma reacção ao stress crónico despoletado pelos complexos encargos e exigentes cuidados da criança.
- As interacções da família influenciam o desenvolvimento da criança.
- A colaboração entre pais e profissionais é uma abordagem eficaz.

O HSCM tem quatro componentes principais: a) política de “portas abertas”; b) conceito de parceria e de equipa; c) avaliação e partilha (os Cinco Ps) e d) rede de ajuda mútua

Os Cinco Ps (Parent / Professional/ Preschool/ Performance/ Profile) do sistema, que foi desenvolvido por Judith S. Bloch, 1982 in Bloch, 2008), com John Hicks e Janice Friedman, introduz a avaliação compartilhada como a primeira colaboração formal. Pais e professores, separada e independentemente, observam e classificam o comportamento da criança na casa e na escola. Fundamentais para esta abordagem são a ideia de julgamento com base na avaliação, bem como o entendimento de que as avaliações das crianças muito jovens são mais válidas quando incluem relatos

de familiares adultos das suas realizações no seu ambiente natural (Bagnato, 2005 in Bloch, 2008). O perfil global que é produzido ajuda a definir os objectivos da aprendizagem e serve como uma ferramenta de educação dos pais (Bloch, Hicks, & Friedman, 1995 in Bloch, 2008)

A mesma autora refere que os pais que participaram neste programa indicaram um aumento da capacidade de fazer o seguinte:

- Observar rigorosamente o comportamento da criança
- Entender o desenvolvimento da infância
- Reconhecer comportamentos que interferem com a aprendizagem
- Definir metas funcionais
- Desenvolver expectativas mais realistas para o seu filho
- Acompanhar o progresso do seu filho e implementar mudanças ao longo do tempo
- Participar nas decisões em equipa em relação à intervenção a operar

O sistema dos “Cinco Ps” baseia-se no desejo natural que os pais têm de ajudar os seus próprios filhos e na sua apetência para identificar e formular planos que são adequados à sua própria situação (Dunst, Trivette, & Lapointe, 1994; Spiegle-Mariska-Harper & Whalen, 1991; Vosler-Hunter, 1989 in Bloch, 2008)

Este sistema ajuda na concepção dos objectivos de aprendizagem e intervenções que podem ser implementadas durante as rotinas diárias, em casa (Bloch, 2008).

No HSCM, o processo colaborativo é severamente testado no funcionamento da equipa interdisciplinar. Não é nenhuma surpresa que o funcionamento de uma tal equipa, que inclui os pais, por vezes seja problemática. Tal como acontece com todos os grupos, a liderança é uma função fundamental. No HSCM, o líder da equipa é o assistente social que é responsável pela criação de laços com as famílias. Neste processo inter-relacional, o assistente social está numa posição única para identificar questões pessoais e familiares, as condições financeiras e os valores culturais

que devem ser considerados juntamente com as avaliações e as recomendações da equipa profissional (Bloch, 2008).

Hung (2009), apresenta-nos um estudo de caso qualitativo no qual se pretendeu analisar o envolvimento / participação e percepções de famílias no processo dos serviços de intervenção precoce, com os seguintes resultados:

- O nível de envolvimento / participação das famílias variou por cada prestador de serviços e / ou profissionais. Esta disparidade resultou da disponibilidade, níveis de competência e abordagens de cada um dos prestadores de serviços e / ou profissionais de serviço durante o processo. As famílias descobriram que num caso específico os prestadores de serviço tinham mantido uma posição autoritária, enquanto o coordenador de serviço tinha desempenhado um papel significativo ao longo do processo.
- A intervenção precoce exige um processo muito burocrático às famílias, a fim de alcançarem o serviço para os seus filhos. Esta burocracia profissional na intervenção precoce, incluindo os requisitos processuais defendidos pelos prestadores de serviços e / ou profissionais do processo, limita as oportunidades de participação com qualidade das famílias.

Com base nestes resultados, o mesmo autor propôs que os prestadores de serviço devam fornecer mais cuidados a nível emocional às famílias, bem como desenvolver uma maior competência para o trabalho com famílias de crianças com problemas de desenvolvimento. Propõe ainda mais formação aos profissionais no sentido de aprender a escutar activamente as famílias, assim como estas por sua vez devem ser conhecedoras da natureza burocrática do sistema de forma a compreender a sua importância para um melhor apoio.

Não obstante o facto de existir uma maior ênfase na participação familiar em algumas áreas (por exemplo, o desenvolvimento de planos de serviço individualizados para a família e programas educacionais individualizados há menos ênfase na participação dos pais na avaliação infantil (Crais & Belardi, 1999; RA McWilliam et al., 2000 in Crais et al, 2006).



Os modelos tradicionais de avaliação da criança fornecem limitados papéis aos pais, que servem principalmente como informadores e descritores dos comportamentos da criança (Bailey, Buysse, Edmondson, & Smith, 1992; Crais, 1993 in Crais et al, 2006).

Vários motivos têm sido apontados para a falta de envolvimento dos pais na avaliação, incluindo a crença de que o teste só pode ser administrado num formato uniforme, a fim de garantir a fiabilidade, assim como a crença de que os pais têm falta de conhecimento e experiência para avaliar adequadamente a criança (Binder, 2000; Sheehan, 1988 in Crais et al, 2006). Em contrapartida, a investigação tem demonstrado que os pais podem ser informadores fiáveis, fornecendo descrições precisas de desenvolvimento dos seus filhos, identificando as suas capacidades e competências. (Crais, Douglas, & Campbell, 2004; Dale, 1991; Diamond & Squires, 1993; Squires, 1996 in Crais et al, 2006).

Finalmente, o processo de avaliação é uma oportunidade única para a introdução dos pais no sistema de intervenção precoce e para definir o cenário colaborativo da intervenção (Simeonsson, Edmondson, Smith, Carnahan, & Bucy, 1995 in Crais et al, 2006).

### **7.3. Modelo Transdisciplinar**

A abordagem transdisciplinar tem sido reconhecida como uma das melhores práticas em intervenção precoce (Bruder, 2000; Guralnick, 2001 in King et al, 2009), tendo sido adoptada por muitos programas de intervenção precoce.

A abordagem transdisciplinar, evita a fragmentação dos serviços, reduz o risco de conflito e os problemas de comunicação (Carpenter, 2005; Davies, in King et al, 2009),

O serviço transdisciplinar define-se como a partilha de papéis entre as diferentes áreas disciplinares, maximizando a comunicação, interação e cooperação entre os membros da equipa (Davies, 2007, Johnson et al., 1994 in King e al, 2009).

Muito já foi escrito sobre o conceito base da Abordagem Transdisciplinar, mas pouco se sabe sobre os papéis dos profissionais, os tipos de serviços que podem ser oferecidos dentro desta abordagem e como fornecer estruturas, apoios e oportunidades para criar e manter o bom funcionamento de equipas efectivamente transdisciplinares. Uma excepção a esta ausência de publicações é o serviço de intervenção precoce, modelo centrado na família e transdisciplinar, chamado "Team Around the Child" de Davies, (2007), baseado no trabalho de Limbrick (2005), no Reino Unido (King e al, 2009). O referido artigo fornece informações sobre como implementar o modelo de serviço transdisciplinar para crianças com necessidades especiais e suas famílias, desenvolvido em Ontário, Canadá. Neste artigo identifica-se os elementos definidores da Abordagem Transdisciplinar assim como os benefícios e desafios deste modelo.

### Elementos essenciais da Abordagem Transdisciplinar

Diversos investigadores têm realçado a importância da avaliação em arena, outros pesquisadores têm apontado para a importância da interdependência entre os membros da equipa, os seus intermutáveis papéis e responsabilidades, assim como a consequente troca de informação, conhecimentos e competências ( Costarides, Shulman, Trimm, & Brady, 1998; Moodley et al., 2000 in King e al, 2009).

Com base na revisão da literatura, King e al, (2009) refere três características únicas e essenciais deste modelo, que na generalidade correspondem àquelas já descritas por Foley (1990):

- A primeira é a avaliação em arena, onde profissionais de múltiplas disciplinas avaliam a criança simultaneamente, utilizando tanto medidas padronizados como métodos informais. Neste tipo de avaliação uma pessoa assume o papel de facilitador, e uma ou duas pessoas interagem com a criança, enquanto os membros de outras disciplinas observam. Todos os presentes têm um papel a desempenhar, incluindo os pais, que fornecem informações sobre a criança e que podem, com orientação, administrar as tarefas de forma estruturada. Após a conclusão da avaliação, há uma breve troca de informações e impressões, no entanto as formulações definitivas são feitas depois da equipa ter tido tempo para analisar os dados e reflectir. Os pais podem ou não estar presentes nessa reunião, dependendo da sua vontade.

- A segunda característica essencial é a contínua e intensa interacção entre os membros da equipa a partir de diferentes disciplinas, permitindo-lhes reunir, trocar informações, conhecimentos, habilidades, e trabalhar cooperativamente.

- A terceira característica da Abordagem Transdisciplinar é a “ liberalização dos papéis” em que o intervencionista se desliga do seu papel específico, sendo o mais importante e desafiador componente na equipa transdisciplinar.

A equipa torna-se verdadeiramente transdisciplinar quando os membros se libertam da sua estratégia de intervenção de acordo com a disciplina a que pertencem e actuam sob a supervisão e apoio dos membros da equipa cujas disciplinas são responsáveis pela sua prática. A “liberalização de papéis” envolve partilha de conhecimentos, valoriza as perspectivas, os conhecimentos, e as competências das pessoas de outras disciplinas e estabelece relações de confiança.

A literatura descreve outras características dos modelos transdisciplinares, tal como um coordenado plano de intervenção tendo em atenção as necessidades, desejos e objectivos da família. Embora a bibliografia frequentemente caracterize os modelos transdisciplinares como modelos centrados na família, esta não é a única, característica. Na prática, as características que definem a Abordagem Transdisciplinar têm de operar em conjunto, influenciando todos os aspectos da prestação de serviços, incluindo o

planeamento (avaliação em arena), a organização do contexto da prática (ou seja, as estratégias e os mecanismos operacionais que asseguram o contínuo intercâmbio, comunicação e desenvolvimento entre os membros da equipa), e a aplicação, ou seja, o papel desempenhado por um elemento responsável pelo caso e que recebe apoio da equipa (King e al, 2009).

Este autor aponta os presumíveis benefícios da Abordagem Transdisciplinar que incluem: a) eficiência de serviços; b) relação custo / eficácia dos serviços; c) menor intrusão na família; d) menos confusão para os pais; e) mais coerência nos planos de intervenção global e prestação de serviços; f) a facilitação do desenvolvimento profissional que aumenta o conhecimento e as competências dos intervencionistas (Foley, 1990; Polmanteer, 1998; Sheldon & Rush, 2001; Warner, 2001, in King e al, 2009)

A abordagem transdisciplinar promove uma abordagem holística dos cuidados (Foley, 1990) através do desenvolvimento de um plano de intervenção mais coerente e um "Significado Compartilhado", ou uma visão comum entre os elementos da equipa e a família (Davies, 2007 in King e al, 2009).

Para trabalhar de forma transdisciplinar, os prestadores de serviços devem compreender os conceitos de "liberalização dos papéis" e de colaboração interprofissional e apresentar as competências exigidas para lidar com os aspectos práticos que isso implica. As competências profissionais exigidas excede os conhecimentos específicos de cada disciplina e incluem as competências e qualidades pessoais, tais como empatia, auto-conhecimento, auto-reflexão, auto-controlo emocional, a comunicação interpessoal, a sensibilidade para saber escutar e interagir com autenticidade, a facilitação de competências, e habilidades (Davies, 2007; Ebershon, Ferriera-Prevost, & Maree, 2007, King et al. 2007; Pilkington & Malinowski, 2002, in King et al., 2009)

Este tipo de serviço exige aos seus prestadores auto-confiança e uma positiva identidade profissional, permitindo-lhes a partilha, sem se sentirem

ameaçados e aceitar feedback com humildade (Foley, 1990, in King et al., 2009)

Há momentos em que o modelo transdisciplinar não é o mais adequado para responder às necessidades da família e da criança. A família pode preferir serviços distintos, partindo de indivíduos especializados em áreas específicas. Serviços personalizados concebidos para satisfazer as necessidades da criança e da família são fundamentais na otimização de resultados (King et al., 2009)

Por outro lado, alguns componentes de avaliação e de intervenção não devem ser “liberalizados” porque são demasiado complicados e estão para além das capacidades da maioria dos outros membros da equipa, e os riscos para os clientes são muito grandes. Exemplos disto são as questões relacionadas com a avaliação da alimentação e deglutição e a prescrição de equipamento para mobilidade adaptada. Existem também alguns instrumentos de avaliação que apenas os indivíduos com formação específica podem utilizar (King et al., 2009).

A intensa colaboração da equipa na assistência técnica exige clara articulação dos papéis e responsabilidades dos membros da equipa. Com base nos princípios do serviço centrado na família, os pais devem escolher o seu papel no processo de intervenção, mas isso exige que eles compreendam as opções que lhes tenham sido apresentadas, as intenções e as salvaguardas da abordagem transdisciplinar. Para negociar e articular claramente os papéis, o coordenador de caso, deverá ter uma boa compreensão dos princípios da equipa interprofissional e valorizar a importância da documentação apropriada de forma a garantir a clareza e o “significado partilhado” sobre quem faz o quê e porquê” (king et al, 2009).

## **CAPÍTULO II – A ADVERSIDADE NO DESENVOLVIMENTO**

## 1. IMPACTO DAS CONDIÇÕES ADVERSAS NO DESENVOLVIMENTO

No que diz respeito ao impacto das condições adversas no desenvolvimento, várias ideias foram apresentadas no The National Symposium on Early Childhood Science and Policy (2007), as quais passamos a referir:

- O que acontece no início da infância pode determinar e influenciar toda a vida de um indivíduo. A investigação mostra como o stress na infância, (grandes adversidades, como a pobreza extrema, abuso ou negligência) é biologicamente visível na arquitectura cerebral, estando este em permanente alerta como resposta à alta tensão a que está sujeito. A ciência mostra também que as relações de apoio nos primeiros anos de vida podem evitar, ou mesmo reverter os efeitos nocivos do stress no início da vida, com benefícios para os comportamentos e atitudes no futuro.

- Nos primeiros anos de vida, o cérebro desenvolve-se rapidamente e as experiências precoces determinam a sua arquitectura, resistente ou frágil. Durante estes períodos sensíveis o desenvolvimento cognitivo e emocional saudável é moldado por uma adequada interacção com os adultos, enquanto que a crónica e extrema adversidade pode interromper o desenvolvimento cerebral normal. Por exemplo, nas crianças que foram colocadas logo após o nascimento em orfanatos com condições de grave negligência a sua actividade cerebral diminuiu drasticamente em comparação com crianças que nunca foram institucionalizadas.

- O stress crónico pode ser tóxico para o desenvolvimento do cérebro. Quando somos ameaçados, os nossos corpos activam uma variedade de respostas fisiológicas, incluindo aumentos na frequência cardíaca, pressão arterial, e também a produção de substâncias como cortisona. Quando uma criança é exposta a fortes e prolongadas experiências adversas, sem apoio dos adultos, como a pobreza extrema ou a repetidos abusos e negligência os seus circuitos cerebrais desencadeiam a produção excessiva de substâncias tóxicas.

- Quando uma criança é protegida pelas relações de apoio dos adultos, ela aprende a lidar com o stress quotidiano e consegue ultrapassar graves

dificuldades como por exemplo a perda de um ente querido, uma catástrofe natural, ou um grave acidente. Os cientistas chamam a este stress “stress positivo”.

-A adversidade significativa precoce pode levar a uma vida com problemas. O stress tóxico experimentado nos primeiros anos de vida pode ter uma repercussão sobre a saúde física e mental do indivíduo. Quanto mais experiência adversa na infância, maior será a probabilidade de surgirem atrasos no desenvolvimento e outros problemas. Os adultos com mais experiências adversas na primeira infância também são mais propensos a terem problemas de saúde, incluindo o alcoolismo, depressão, doenças cardíacas e diabetes.

### **1.1. Distúrbios psiquiátricos**

Pretis & Dimova, (2007), referem que dados epidemiológicos indicam um aumento da prevalência de distúrbios psiquiátricos ou vulnerabilidade da população em geral que em simultâneo com as actuais tendências sócio-demográficas (aumento da mobilidade, as famílias monoparentais, etc) implicam que um número crescente de crianças tenha de viver num ambiente stressante associado ao transtorno de pelo menos um progenitor.

Apesar de uma clara associação entre transtornos parentais e atrasos de desenvolvimento das crianças não ter sido ainda empiricamente comprovada, percepção-se que as crianças sujeitas a este tipo de envolvimento familiar sejam vulneráveis aos riscos no seu neurodesenvolvimento, dado que estes transtornos causam distúrbios de auto-regulação, atrasos de linguagem e outras dificuldades ao seu desenvolvimento. Um terço dos pacientes internados na psiquiatria infantil tem um progenitor que sofre de um transtorno mental. Outro terço das crianças irá obter psicoterapia na vida adulta. A vulnerabilidade genética e a tendência que deriva dos processos sociais aumentam o risco (Pretis & Dimova, 2007).



## **1.2. Pobreza**

Crianças que vivem e crescem num ambiente familiar empobrecido, muitas vezes estão expostas a toxinas ambientais e à má nutrição. Factores como o uso de substâncias, a violência familiar, o abuso e negligência das crianças e a depressão materna podem inibir o desenvolvimento típico. A diminuição dos recursos no que se refere aos cuidados das crianças e a pouca qualidade de tratamento é um envolvimento de risco. A pobreza gera grande impacto a nível de todos os sistemas sociais como a justiça, educação, saúde e está sempre associada a grandes custos a nível económico (Wollesen e Peifer, 2005).

Hanson e Lynch (2004), deixam-nos algumas considerações sobre a problemática do Impacto da pobreza no bem-estar da criança e da família que de seguida passamos a referir:

- A pobreza está normalmente associada a factores de risco para o bem-estar e desenvolvimento da criança e das suas famílias. Existe uma consistente associação entre as dificuldades económicas e o comprometimento do desenvolvimento das crianças. As crianças que vivem em condições degradantes estão expostas a vários factores de risco que incluem: inadequada nutrição, toxinas ambientais, enfraquecimento das relações pais/ criança, trauma e abuso, baixa qualidade dos cuidados das crianças e consumo de drogas e substâncias pelos pais.
- O National Center for Children in Poverty (2002) refere que a sub-nutrição está associada a atrasos no crescimento físico e desenvolvimento de capacidades motoras, baixos níveis de realização nos anos subsequentes nas áreas académicas, isolamento social e baixas expectativas por parte dos pais e professores. O abuso de substâncias durante e após a gravidez produz efeitos nocivos no desenvolvimento do cérebro ( Mayes, 1996). A exposição a toxinas pode também danificar o desenvolvimento do cérebro. As crianças que experienciaram em idades precoces situações de trauma e abuso desenvolvem mais facilmente ansiedade e depressão. Factores de stress associados à

pobreza criam mais trauma para as crianças ( Brooks-Gunn, Klebanov, Liaw, e Duncan, 1995)

- A qualidade dos cuidados é importante para o bem-estar das crianças, em especial para o seu desenvolvimento intelectual e emocional. Mães que sofreram depressão estão menos aptas a estimular e a interagir com as suas crianças ( Belle, 1990). Os deficitários cuidados das crianças e as interações pobres impedem igualmente o desenvolvimento da criança ( Burchinal, Lee, e Ramey, 1989; Cost, Quality e Child Outcomes Study Team, 1995)

- Vários estudos demonstram a ligação entre a pobreza e as respostas dos indivíduos; na adição, estas respostas estão ligadas com o défice e duração da pobreza ( Brooks-Gunn e Duncan, 1997)

- Estudos realizados ligaram as condições de pobreza à gravidez na adolescência, à delinquência juvenil e ao baixo nível académico ( Brody e tal., 1994; McLeod e Shanahan, 1993; Sampson e Laub, 1994). Outros autores, Bank, Forgatch, Patterson, e Fetrow, 1993; Dodge, Pettit, e Bates, 1994; Mcloyd, Jayaratne, Ceballo e Borquez, 1994 citados por Hanson e Lynch, 2004) associam a pobreza com dificuldades sócio-emocionais, incluindo desordens na conduta, ansiedade e depressão.

### **1.3. Crianças maltratadas**

O termo “criança maltratada” é amplo e inclui, maus-tratos físicos e emocionais, abuso sexual e negligência. No entanto, as definições desses termos reflectem as percepções jurídicas e políticas do estado e não estão relacionadas com a potencialidade dos maus-tratos resultarem em graves consequências negativas para o desenvolvimento da criança (Hussey et al., 2005 in Scarborough & Mc Crae, 2008). Estas autoras apresentam-nos as suas percepções acerca desta problemática que passamos a descrever:

- Os bebés e crianças com idade inferior a 3 anos, são as mais frequentes vítimas de maus-tratos (E.U. Department of Health and Human Services [USDHHS], 2006)

- A criança maltratada, pode reflectir disfunção ao nível das necessidades básicas de nutrição, estimulação cognitiva e relações sociais positivas, especialmente sob a forma de comportamentos problema, défices de socialização e défices de comportamento adaptativo (Inglês, Graham, Litrownik, Everson, & Bangdiwala, 2005; Kaplan, Pelcovitz, & Labruna, 1999; Kaplow & Widom, 2007; Kirn & Cicchetti)
- Os maus- tratos na infância também podem ter um efeito profundo no funcionamento cognitivo e desenvolvimento lingüístico (Eigsti & Cicchetti, 2004; Hoffman-Plotkin & Twentyman, 1984, Kaplan et al., 1999; Mackner, Starr, & Black, 1997; Peras & Fisher , 2005)
- Os maus-tratos na infância têm a capacidade de afectar o funcionamento posterior na escola (Barnett, Vondra, & Shonk, 1996; Cicchetti & Toth, 1995; Eckenrode & Rowe, 1999; Shonk & Cicchetti, 2001) e para aumentar a probabilidade da recepção de serviços da educação especial.
- A investigação tem sido bastante conclusiva quanto ao impacto da experiência negativa durante o período infantil, apresentando essas mesmas crianças mais tarde, na vida adulta défices nos domínios cognitivo, económico, e de saúde mental (Anda et al., 2006; Knudsen, Heckman, Cameron, & Shonkoff, 2006; Shonkoff & Phillips, 2000).
- Compreender como os factores associados aos maus-tratos vividos durante a infância influenciam o desenvolvimento infantil é essencial para a prestação de serviços de intervenção precoce, focados na família, de forma a que possam melhorar ou ajudar a prevenir os posteriores problemas emocionais ou desenvolvimento social (Zeanah, Boris, & Larrieu, 2000).

A consciência da relação entre a criança maltratada e os défices de desenvolvimento tornou-se dominante, reforçando o reconhecimento da necessidade de políticas destinadas a atender não apenas os objectivos de segurança e bem-estar, mas também as necessidades de desenvolvimento das crianças maltratadas.

Concluimos afirmando que o impacto da adversidade precoce pode condicionar a arquitectura cerebral mas os programas de intervenção podem proteger as crianças dos efeitos do stress tóxico promovendo relações estáveis

e responsivas entre prestadores de cuidados e criança. A intervenção precoce pode prevenir as consequências da adversidade. A pesquisa mostra que as intervenções mais tardias são susceptíveis de ser menos bem sucedidas e, em alguns casos, são ineficazes. Embora não exista uma "idade mágica" para a intervenção, é claro que, na maioria dos casos, a intervenção mais precoce possível, é significativamente mais eficaz do que a intervenção mais tardia. Numerosos estudos científicos defendem que o apoio dos relacionamentos responsivos tão cedo quanto possível na vida pode impedir ou reverter os efeitos nocivos de substâncias tóxicas provocadas pelo stress.

## **2. FACTORES DE RISCO/ PROTECÇÃO**

O impacto do risco no desenvolvimento é tão vasto que pode mesmo começar a fazer-se sentir antes do nascimento. Os seus efeitos no funcionamento da criança podem ser globais ou circunscritos, o seu impacto pode ser mínimo ou mais grave e a sua duração pode ser pontual ou mais prolongada no tempo.

Dunst (1995), partindo da premissa de Hunt (1979), “ quanto mais tempo uma criança viver sujeita a uma experiência de determinada qualidade, mais difícil se tornará mudar a natureza do respectivo efeito” extrai duas conclusões: a) quanto mais tempo uma criança estiver sujeita a factores de risco, mais negativas serão as consequências e menor será a probabilidade de ultrapassar a natureza do efeito e b) quanto mais tempo uma criança estiver sujeita a factores de oportunidade, mais positivas serão as consequências e maior a probabilidade de ultrapassar a natureza do efeito.

Os primeiros estudos que apareceram nesta temática, focaram-se nos riscos biológicos, ou seja nas condições biológicas adversas susceptíveis de influenciar o desenvolvimento. As últimas décadas são caracterizadas por uma proliferação de estudos dedicados à análise do impacto dos factores de risco

contextuais no desenvolvimento e dos processos pelos quais estes factores de risco operam. O interesse descentra-se de uma identificação desses factores de risco para uma abordagem mais compreensiva dos processos e mecanismos subjacentes e para uma análise da interrelação entre esses factores e os factores atenuadores dos seus efeitos, isto é, os factores de protecção.

Actualmente, as ciências procuram organizar variáveis e factores explicativos em duas grandes categorias, sendo os termos “factores de risco e protecção” os mais frequentemente utilizados para descrever estes grupos contrastantes de variáveis ( Mzarek & Haggerty, 1994 in Dunst, 1995).

O conceito de risco de Rutter ( 2000 in Lynch e Hanson ,2004) explica a importância de da diferença entre indicadores de risco e mecanismos de risco.

Os indicadores de risco estão definidos como variáveis estatisticamente associadas ao risco, como por exemplo a pobreza. Os mecanismos de risco expressam o funcionamento do risco como este se processa, resultando numa desordem. Por exemplo uma criança pode nascer num ambiente de pobreza (indicadores de risco) mas esta circunstância determinará o desenvolvimento da criança dependendo dos mecanismos de risco como o acesso da família a medicamentos e cuidados médicos, os recursos da família e amigos e redes de suporte. Para esta autora o processo de risco é influenciado pela resposta individual ao stress. Cada indivíduo responde de modo diferente.

A natureza transaccional do desenvolvimento realçada em Rutter (1996 in Lynch e Hanson, 2004), em que é sublinhada a importância da interacção e contribuição do indivíduo para o seu próprio desenvolvimento aponta para a necessidade de individualizar os factores de risco assim os contextos sociais do indivíduo de forma a providenciar suporte e protecção. As condições de risco da família como, por exemplo a doença mental, podem exercer uma profunda influência e afectar a criança de formas diferentes dependendo das “habilidades” próprias da criança para lidar com o stress. As influências sociais podem também ser importantes suportes para as famílias e indivíduos. Rutter, (2000 in Lynch e Hanson, 2004) referiu diferentes tipos de mecanismos de

protecção que promovem respostas de resiliência para potenciais factores de stress:

- Capacidade de distanciar-se do risco (por exemplo uma criança que é capaz de se distanciar ela própria emocionalmente da doença mental do progenitor).
- Prevenir ou reduzir reacções negativas em cadeia (por exemplo, um comentário hostil de um membro da família pode despoletar mudanças hostis na família, sendo importante o uso de estratégias para evitar a situação como por exemplo o sentido de humor)
- Auto-estima e auto-eficácia (inclui segurança nas relações pessoais e o sucesso no cumprimento de tarefas e responsabilidades que se mantêm em situações de stress.)
- Criar oportunidades positivas (por exemplo mudança de escola de um jovem para se afastar de um grupo de risco)
- Processamento cognitivo individual (o individuo aceita experiências negativas focando os seus aspectos positivos)

Werner e colegas ( Werner, 1990; Werner, Bierman, e French,1971; Werner e Smith, 1977, 1989, 1992 in Lynch e Hanson, 2004) desenvolveram um estudo longitudinal com crianças de risco , numa perspectiva transaccional ,tendo identificado os seguintes factores protectores:

- Ordem de nascimento (o primeiro a nascer)
- Nível de actividade (elevado nível)
- Características individuais que eliminam o stress associado aos hábitos alimentares e de sono
- Responsividade
- Capacidade de revelar afectos
- Autonomia
- Orientação social positiva
- Capacidades motoras e de comunicação
- Capacidade para resolver problemas
- Capacidade em focar a atenção e controlar os impulsos
- Auto-conceito positivo

- Boas memórias da escola e elevadas perspectivas para o futuro

Neste mesmo estudo para além destas características individuais foram identificadas outras variáveis que funcionam como elementos de protecção:

- Nível educacional dos pais
- Atenção dispensada aos filhos
- Relação precoce positiva entre pais/criança
- Coerência familiar na transmissão de valores
- Regras de funcionamento familiar bem definidas

Para além da família outros factores podem ser vistos como influências protectoras, como por exemplo, suporte de outros elementos da família, professores, vizinhos, líderes da comunidade e amigos.

Este estudo demonstra as dinâmicas de interrelação entre as características pessoais dos indivíduos e da família e o ambiente mais alargado no qual estão inseridos. Para além de realçar as áreas de influência, identifica áreas de intervenção para fomentar a resiliência.

Os conceitos de risco e resiliência apelam a que não se centre a atenção apenas na criança mas também no desenvolvimento e funcionamento da família ( Singer e Powers,1993 in Hanson e Lynch, 2004).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1973), os factores de risco são as características ou condições de vida de uma pessoa ou de um grupo que as expõe a uma maior probabilidade de desenvolver um processo mórbido ou de sofrer os seus efeitos.

O factor de risco é qualquer influência que aumenta a probabilidade do aparecimento, evolução para um estado mais grave, ou a manutenção de uma condição mais problemática.

Os factores de risco referem-se a condições associadas à maior probabilidade do aparecimento de problemas de comportamento, à maior severidade dos problemas e à mais longa duração ou frequentes episódios da disfunção. Os factores de protecção referem-se a condições que modificam, melhoram ou amortecem a reacção do indivíduo a qualquer situação que em circunstâncias normais, conduz a comportamentos inadaptados (Dunst, 1995).

Numa abordagem contextual e ecológica impõe-se a constante interrelação entre o biológico e o social, pelo que se torna sempre necessário avaliar em conjunto as características do indivíduo e as características do meio envolvente. É nesta perspectiva que se pode compreender o conceito de resiliência que diz respeito à capacidade de um indivíduo atingir uma adaptação de sucesso a factores de risco biológico ou psicossocial e/ou a acontecimentos geradores de stress, aliada à expectativa de uma susceptibilidade baixa a futuros stressores (Barros, 1998).

Garbarino e Ganzel (2000 in Tegethof, 2007), salientam o efeito negativo dos factores de risco ambientais, que designam como *riscos socioculturais* e que dão origem à toxidade social, que resulta, entre outras razões, da desigualdade económica e social, do desemprego, dos efeitos nocivos dos média legitimando a violência ou o racismo, ou do decréscimo de apoios a nível social. A maioria dos estudos sobre resiliência têm identificado como principais factores de protecção, uma forte relação com um adulto competente e carinhoso, assim como um bom nível intelectual.

Tanto os factores de risco, como os factores compensatórios podem ocorrer de uma forma transitória ou duradoura, tendo efeitos diferentes nos resultados. Segundo Werner( 1990 in Tegethof, 2007), os conceitos de resiliência e de factores de protecção são a contrapartida positiva aos conceitos de vulnerabilidade e de factores de risco.

Dunst (1995) diz-nos que de forma global a tónica do estudo dos factores de risco e protecção reside nas condições que evitam os resultados negativos, nas consequências dos factores negativos no desenvolvimento e nos factores que protegem o indivíduo de ambientes hostis. A utilização de estruturas de risco-protecção tem-se revelado valiosa na descoberta de influências de factores ambientais que afectam negativamente o desenvolvimento.

As primeiras investigações sobre saúde mental infantil centraram-se nos indicadores sócio-económicos da família e nos indicadores de saúde mental



para avaliar o risco a que as crianças estariam expostas. As crianças normalmente identificadas como estando em situação de alto risco são aquelas que nasceram em contextos de pobreza, de baixo nível de educação parental ou ainda em contextos de alcoolismo e de doença mental. A pobreza por si só não justifica a psicopatologia, mas o facto da pobreza estar muitas vezes associada à desorganização e dissolução familiar ou outros aspectos relevantes nos mecanismos de risco (Barros, 1998).

Os riscos podem categorizar-se segundo factores biológicos, psicológicos ou sociais, se bem que a sua ocorrência é muitas vezes simultânea. Estes riscos referem-se quer a características intrínsecas ao indivíduo, quer aos contextos onde interage como a família, escola e comunidade.

Segundo Garmezy, Masten e Tellegen (1984 in Barros, 1998), os factores de protecção podem operar segundo três mecanismos:

Compensação - os factores de stress e protectores combinam-se de forma adicional para predizerem um resultado e o stress grave pode ser contrabalançado por qualidades pessoais.

Desafio – O stress pode melhorar a competência

Imunização – existe uma relação condicional entre os factores de stress e os factores de protecção. Os factores de protecção moderam o impacto do stress mas podem não ter efeitos detectáveis na ausência de um elemento de stress.

Noell (1996 in Tegethof, 2007) classifica os factores de protecção em dois grupos: a) os que se referem a características pessoais dos indivíduos onde se incluem os aspectos atitudinais, os aspectos cognitivos e intelectuais, os aspectos afectivos e de personalidade e as habilidades sociais e de interacção social; b) os que se referem a características de envolvimento familiar e social onde se incluem as características familiares (do tipo estrutural e dinâmico), as características da comunidade e do envolvimento social, as características escolares e ainda o facto (que é referido por vários autores) de ter sido possível estabelecer relações sociais significativas ao longo da vida. No que diz respeito às características pessoais e entre os aspectos atitudinais

encontra-se a auto-estima positiva, a valorização de si próprio, a visão positiva quanto às suas capacidades e ao seu futuro, um elevado grau de autonomia, um sentido de controlo da sua própria vida, dos seus êxitos e fracassos e a valorização da escola. Nos aspectos cognitivos, encontra-se a habilidade para a resolução de problemas e tomar decisões. No que diz respeito aos aspectos afectivos destaca-se a estabilidade emocional, as características de temperamento, habilidades para a relação interpessoal e empatia, que produzem respostas sociais positivas. No que diz respeito às características familiares, estas podem resumir-se ao envolvimento familiar em que os pais têm expectativas positivas em relação aos filhos, orientando-os e supervisionando-os.

Garbarino ( 1982; Garbarino & Abramowitz, 1992 in Dunst, 1995) oferece uma perspectiva para a análise das condições que influenciam o comportamento, as quais não só incluem tudo o que é essencial nas estruturas dos factores de risco - protecção, mas atribuem também igual importância aos factores que aperfeiçoam e promovem resultados positivos. A estas influências que impedem e aperfeiçoam o desenvolvimento o autor denomina respectivamente como factores de risco e oportunidade.

Os factores de risco englobam influências intrafamiliares e extrafamiliares que, sendo negativas, debilitam o desenvolvimento da competência do comportamento. Os factores de oportunidade incluem influências intrafamiliares e extrafamiliares que, sendo facilitadoras, apoiam, reforçam e promovem a competência (Dunst, 1995).

Os riscos podem ser distais ou proximais. Os primeiros, são aqueles que exercem uma influência directa no sujeito e os riscos distais aqueles em que a sua influência só se faz sentir através de factores mediadores. Por exemplo o baixo estatuto sócio-económico é um importante factor de risco distal implicado nos resultados do desenvolvimento, mas não revela as diferenças proximais das famílias em diferentes grupos sócio-económicos, diferenças estas igualmente implicadas.

Dunst (1995) refere-se a um estudo elaborado por Samerof e al. (1987), demonstrando os efeitos negativos de carácter cumulativo dos factores de risco, no qual os resultados demonstraram que nem a ausência de qualquer factor de risco, nem a presença de um ou dois factores de risco exerce qualquer influência negativa no estado mental da criança, mas a presença de três ou mais factores de risco produz efeitos negativos cumulativos. Este autor diz-nos ainda que existem determinados factores de risco e determinados factores de oportunidade que exercem influências mais poderosas que outros nos resultados do comportamento e que o saldo dos factores de oportunidade sobre os factores de risco exerce influências de optimização e não apenas de protecção”

De seguida, apresentamos um quadro onde o autor expõe as variáveis susceptíveis de se converter em factores de risco e factores de oportunidade influenciando assim o desenvolvimento humano.

*Quadro 1. Factores de Risco/Oportunidade que Influenciam o Desenvolvimento Humano  
Adaptado de Dunst (1995)*

| VARIÁVEIS                  | FACTORES DE RISCO                         | FACTORES DE OPORTUNIDADE                 |
|----------------------------|---|--|
| Idade das mães             | Jovem ou velha de mais para a gestação    | Idade ideal para a gestação              |
| Educação dos pais          | Baixo nível educacional                   | Alto nível educacional                   |
| Rendimentos                | Inadequado                                | Adequado                                 |
| Nível de ocupação          | Baixo nível de ocupação intelectual       | Alto nível de ocupação intelectual       |
| Nível socioeconómico       | Baixo nível socioeconómico                | Alto nível socioeconómico                |
| Estabilidade Profissional  | Repetidas trocas de emprego ou desemprego | Emprego estável                          |
| Gravidez                   | Planeada                                  | Não planeada                             |
| Numero de descendentes     | Mais que 4 filhos                         | Uma ou duas crianças                     |
| Estabilidade de residência | Repetidas mudanças de residência          | Nenhuma ou poucas mudanças de residência |
| Nível matrimonial          | Ausência de marido ou companheiro         | Marido ou companheiro presente           |

|                                  |  |                                      |
|----------------------------------|--|--------------------------------------|
| Relacionamento matrimonial       | Conflituoso  | Harmonioso                           |
| Estabilidade Matrimonial         | Repetidas mudanças numa relação conjugal                         | Relação conjugal estável             |
| Temperamento da criança          | Difícil  | Afectuoso e responsivo               |
| Separação da criança             | Separação prolongada no 1º ano                                   | Separações limitadas no 1º ano       |
| Saúde parental                   | Pobre saúde física   | Excelente saúde física               |
| Saúde mental parental            | Repetidas ocorrências de problemas relacionados com saúde mental | Estabilidade e bem - estar emocional |
| Auto estima parental             | Baixa auto estima  | Elevada auto estima                  |
| Capacidades sociais dos pais     | Pobre  | Boa                                  |
| Implementar estratégias          | Reactiva   | Proactiva                            |
| Qualidade dos cuidados primários | Pouco afectivo e controlador                                     | Estimulador e afectivo               |
| Estilo parental                  | Autoritário  | Responsivo                           |
| Substâncias tóxicas              | Elevado grau de exposição  | Não há exposição                     |
| Nível nutricional                | Inadequado   | Adequado                             |
| Acidentes                        | Frequentes   | Não frequentes                       |
| Infecções / Doenças              | Frequentes   | Não frequentes                       |
| Presença da extensão da família  | Nenhuma ou pouco viável  | Muita e de suporte                   |
| Suporte extra familiar           | Pobre  | Boa                                  |
| Acontecimentos da vida           | Eventos de vida negativos  | Eventos de vida positivos            |

*Fontes: Barocas et al., 1995; Beaveres & Hampson, 1990; Bronfenbrenner, 1979 ; Cicchetti & rizley, 1981 ; Cohen & Syne, 1985 ; Dubow & luster, 1990 ; Dunst et al. 1990; Dunst e Trivette, 1982; Egelaqnd & Sroule, 1981; Garmezy, 1987; Kopp, 1983; Era-Grant e al., 1989; Roosa e al, 1990; Rutter, 1987; Sameroff e tal, 1987; Werner, 1985.*

Partindo do modelo ecológico de desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (1979 in Dunst, 1995), Garbarino define quatro níveis de influência em que os riscos e as oportunidades se manifestam: a) as estruturas e os indivíduos com quem a pessoa em fase de desenvolvimento entra em contacto directamente (microssistemas), b) as relações entre os indivíduos e estruturas com quem a pessoa em desenvolvimento mantém contacto

directamente (mesossistemas), c) os indivíduos e estruturas com quem a pessoa em fase de desenvolvimento não entra directamente em contacto, mas que directamente ou indirectamente influenciam o seu comportamento (ecossistemas) e d) as convicções e valores mais amplos de natureza cultural, ideológica e institucional, que moldam as expectativas e desejos de comportamento (macrossistemas), (Dunst, 1995). Apresentamos de seguida um quadro síntese desta matéria:

*Quadro 2. Exemplos de factores de risco e de protecção em função dos quatro níveis do sistema ecológico de desenvolvimento ( Adaptado de Gabarino & Ganzel, 2000; Palácios e Rodrigo, 1998 in Tegethof, 2007)).*

| NÍVEIS DO SISTEMA ECOLÓGICO | FACTORES DE RISCO  | FACTORES DE PROTECÇÃO  |
|-----------------------------|--|--|
| MICROSSISTEMA               | <p>Clima afectivo pobre.</p> <p>Desarmonia familiar.</p> <p>Ausência de competências educativas e de estimulação dos pais.</p> <p>Pais com nível de escolaridade baixo.</p> <p>Pais que se sentem incompetentes para lidar com a situação.</p> <p>Baixa auto-estima dos pais.</p> <p>Pais com problemas conjugais.</p> <p>Elemento da família com problemas de toxicodependência.</p> <p>Mães/pais adolescentes.</p> <p>Criança com temperamento difícil e/ou com NEE, problemas de saúde.</p> | <p>Clima afectivo rico.</p> <p>Harmonia familiar.</p> <p>Competências educativas e de estimulação dos pais.</p> <p>Auto-estima positiva dos pais.</p> <p>Criança saudável, sem problemas e fácil de lidar.</p> |
| MESOSSISTEMA                | <p>Ausência de ligação entre casa/creche/JI (ou outros microssistemas que contenham a criança)</p>   | <p>Boa ligação entre os microssistemas.</p> <p>Apoio aos pais.</p>   |

|                      |   |   |
|----------------------|---|---|
| <p>EXOSSISTEMA</p>   | <p>Carências a nível económico e social.<br/>Desemprego dos pais.<br/>Horário de trabalho dos pais longo e pouco flexível.<br/>Condições de vida causadoras de stress (deslocações, condições laborais...)<br/>Ausência de uma rede social de apoio de qualidade.</p> | <p>Pais empregados com salários adequados.<br/>Tempo disponível para estar com os filhos.<br/>Clima laboral aberto e flexível.<br/>Rede de apoio social de qualidade.</p> |
| <p>MACROSSISTEMA</p> | <p>Clima social económico tenso<br/>Efeitos nocivos dos media: legitimação da violência ou do racismo<br/>Decréscimo de apoios a nível social.</p>  |   |

Neste quadro, estão referidos alguns exemplos de factores de risco e de protecção que podem estar presentes nas unidades familiares. No entanto a forma como cada família lida com as situações difere de família para família e está relacionada não só com as características dos elementos que a constituem, mas também com a organização do conjunto do sistema familiar. A compreensão da família no contexto da teoria dos sistemas facilita aos profissionais um melhor entendimento do efeito das suas acções, assim como das de todo o meio envolvente, na vida da família de que a criança faz parte.

As condições de risco da família como, por exemplo a doença mental, podem exercer uma profunda influência e afectar a criança de forma diferente dependendo das "habilidades" próprias da criança para lidar com o stress. As influências sociais podem também ser importantes suportes para as famílias e indivíduos.

## **2.1. Implicações para a prática**

Os factores de risco e de protecção a que nos referimos têm implicações para a implementação dos Serviços de Intervenção Precoce, assim como outros tipos de programas sociais, humanitários e de saúde. Dunst (1995), apresenta-nos três modelos de intervenção que emanam do ponto de vista da interrelação dos factores de oportunidade, factores de risco e resultados negativos:

Modelo compensatório – este modelo assenta na convicção de que as experiências precoces oferecidas às crianças, podem contrabalançar os efeitos negativos exercidos por uma ecologia de alto risco sobre o desenvolvimento da criança assim como da respectiva família. Este tipo de intervenção inclui geralmente esforços no sentido de expor as crianças a experiências com o objectivo específico de influenciar o comportamento e o desenvolvimento. Estes esforços pretendem compensar a criança dos efeitos adversos dos factores de risco e acredita-se que quanto mais se fizer maior será o valor compensatório. O autor faz aqui uma ressalva, chamando a atenção para o facto de que existe um limite para a influência do comportamento da criança, pelo que é questionável se este tipo de intervenção consegue realmente neutralizar as influências dos múltiplos factores de risco, especialmente se estiveram presentes durante um longo período de tempo.

Modelo de erradicação - este modelo coloca a tónica na eliminação ou redução das condições que conduzem a resultados negativos e sustenta que a ausência de factores de risco é a prova de um desenvolvimento positivo ou da optimização do desenvolvimento. Os estudos realizados por Dunst et al. (1990) levam à conclusão de que a ausência de um desenvolvimento negativo ou problemático não pode ser considerada condição suficiente para que o individuo atinja um nível elevado no seu desenvolvimento. Desta forma conclui que a prevenção de fracos resultados, não implicará necessariamente o fortalecimento de um desenvolvimento positivo.

Modelo ecológico – este modelo baseia-se na premissa de que o comportamento e o desenvolvimento são determinados por vários factores, sendo necessárias múltiplas experiências e intervenções no sentido da redução

dos factores de risco e da criação de oportunidades que influenciarão de modo positivo o desenvolvimento. Este modelo dirige-se a duas vertentes: por um lado a redução ou eliminação das condições de risco e por outro, a promoção de oportunidades e experiências com qualidade susceptíveis de incrementar o desenvolvimento. A eliminação ou redução dos factores de risco passa por diferentes tipos de intervenção que se relacionam com o desenvolvimento da comunidade nas suas várias dimensões. A promoção do desenvolvimento da criança e do agregado familiar está ligada a intervenções com base na ecologia humana, na teoria do sistema social, na teoria das redes de contacto social, no desenvolvimento da criança e do agregado familiar e noutros aspectos correlacionados. A integração de todos estes conceitos, que se complementam, aumenta a probabilidade de que o resultado seja maior que a soma das partes. Torna-se essencial incluir nas práticas de intervenção o modelo ecológico que não sendo fácil é seguramente o mais eficaz.

Da investigação realizada no âmbito dos processos de “vulnerabilidade/resiliência” ligados à criança e às famílias, resultam sem dúvida orientações importantes a considerar na Intervenção Precoce, as quais podemos sintetizar da seguinte forma:

- Existem significativas diferenças individuais na forma como as crianças respondem a circunstâncias (positivas ou negativas) do seu ambiente. Esta variabilidade individual sugere que crianças que vivem em condições adversas necessitam mais de ajuda umas que outras.
- É necessário estabelecer prioridades para incluir as crianças mais vulneráveis nos serviços de Intervenção Precoce, prioritariamente aquelas que estão privadas, temporariamente ou permanentemente, de laços sociais que são fundamentais para enfrentar o stress.
- A avaliação em intervenção precoce deve focalizar-se nos factores de protecção para as crianças e famílias e não apenas nos factores de risco. Estes incluem as competências e as fontes de apoio formal existentes que podem ser utilizadas para alargar o repertório de aptidões de resolução de problemas, da criança melhorando a sua auto-estima.
- A investigação revela que na ausência dos progenitores, outras pessoas se podem tornar significativas para a criança, as quais podem desempenhar um



papel capacitante (avós, irmão mais velho, outros prestadores de cuidados, educadores). Torna-se por isso importante que em muitas situações se reforcem os laços informais que existem na comunidade ao invés de introduzir mais aspectos formais e burocráticos para lidar com essas situações.

- A investigação demonstra que as crianças resilientes têm pelo menos uma pessoa nas suas vidas que os aceitam incondicionalmente. Desta forma para que o programa de Intervenção Precoce seja eficaz deverá assegurar o apoio constante e suficiente no sentido da criança confiar na sua disponibilidade.

- A investigação revela que a optimização do desenvolvimento não está apenas na eliminação dos factores de risco e na adversidade da vida da criança, mas sobretudo na promoção das suas competências para enfrentar os desafios.

## **CAPÍTULO III – INTERVENÇÃO COM AS FAMÍLIAS**

## 1. ASPECTOS RELEVANTES NA INTERVENÇÃO COM AS FAMÍLIAS

### **1.1. Os efeitos das incapacidades da criança na vida da família**

Os pais expectantes criam uma imagem acerca do filho que esperam. Quando uma criança nasce ou adquire uma deficiência ou desordem todas as imagens mentais, esperanças e expectativas têm que ser revistas e ajustadas. Os pais de crianças com deficiência descrevem a sua primeira reacção a este facto como verdadeiramente devastadora, sublinhando a tristeza e a violação de expectativas, existindo uma discrepância entre a criança sonhada e a realidade. Quando a realidade não encaixa nas fantasias, esperanças e expectativas dos pais, estes deparam-se com uma profunda alteração no percurso da sua família.

Um modelo de compreensão de adaptação parental foi desenvolvido por Drotar, Baskiewicz, Irvin, Kennell, e Klaus (1975), in Hanson e Lynch (2004), o qual aponta estratégias de adaptação como o choque, negação ou descrença, tristeza e raiva e posteriormente adaptação e reorganização. Nem todos os indivíduos passam por estes estádios, havendo uma enorme variação nas reacções.

O suporte cultural e os valores próprios da família consubstanciam e determinam a forma como a criança com deficiência é vista, sentida e aceite pela mesma.

Um novo elemento na família traz normalmente consigo não apenas alegria e esperança mas também alguma desorganização e stress. O stress faz parte da existência humana, contudo as famílias que incluem indivíduos com deficiências podem estar sujeitos a factores de stress adicionais gerados pelo risco ou condições de incapacidade (Singer e Irvin, 1989, in Hanson e Lynch (2004). Habitualmente estas famílias estão ligadas a uma ampla variedade de serviços no âmbito da saúde, educação e serviços sociais, cujas interacções são altamente emocionais e decisivas na vida das famílias. O factor económico é também afectado, não só pelas despesas acrescidas mas

também porque o emprego é atingido. As rotinas e actividades da família podem ser dramaticamente alteradas em resposta às necessidades da criança.

Várias pesquisas examinaram o stress nas relações das famílias com crianças com deficiência comparativamente às famílias com crianças com desenvolvimento típico tendo concluído que existe um aumento de stress e um grande exigência de cuidados nas famílias com crianças com incapacidades (Beckman, 1991; Dyson, 1991,1993; Palfrey, Walker, Butler, e Singer, 1989; Winkler, 1988, in Hanson e Lynch , 2004).

## **1.2. Diversidade cultural**

A cultura, valores e costumes desempenham um papel importante na regulação das práticas da família (Goodnow, 2002, in Spagnola e Fiese, 2007).

Sylva (2005), apresenta-nos a sua pesquisa relativamente ao Impacto da Diversidade Cultural na Prestação de Serviços de Intervenção Precoce, que de seguida passamos a descrever:

-As pesquisas indicam que as famílias são essenciais para o sucesso dos serviços de intervenção precoce (Baily et al., 1998; Guralnick, 1998; Roberts, Innocente, & Goetze, 1999) No entanto, a família é fortemente influenciada pela cultura, uma vez que permeia todos os aspectos da estrutura familiar e que influencia o modo como uma família se define. Portanto, a compreensão das influências culturais em relação ao sistema familiar aumenta a probabilidade de que as intervenções serão adequadas (Wayman & Lynch, 1991).

- Os conceitos de ambientes naturais, a filosofia “centrado-na-familia” e a consideração da diversidade cultural são baseados nas teorias do desenvolvimento ecológico da criança que predominam no campo da educação infantil.

-A influência que as relações e interações, entre os prestadores de cuidados, amigos, família e comunidade, têm sobre o desenvolvimento infantil é explicada por Vygotsky's (1997) sendo central nesta teoria as operações que ocorrem entre a criança e as outras pessoas do seu ambiente, cujas interações levam à aprendizagem e subseqüentemente ao desenvolvimento cada vez maior nos

vários domínios. A teoria ecológica de desenvolvimento de Broffebrenner (1992) explica os processos que influenciam o desenvolvimento infantil reconhecendo a importância dos sistemas ecológicos ou ambientes nos quais os indivíduos estão integrados e como essas variáveis causam impacto na funcionalidade do indivíduo dentro de um determinado contexto ou ambiente.

- Os componentes do sistema familiar são fortemente influenciados pela cultura que afecta todos os aspectos da estrutura familiar e influencia o modo como uma família se define. Esta influência evidencia-se nas funções da família, no ciclo de vida familiar, e nos eventos que são vistos como stressores.

-Existem vários factores (Hanson, 1997) sobre a natureza da intervenção precoce, que devem ser considerados no trabalho com as famílias culturalmente diversas. Estes factores incluem: (a) atitudes em relação às intervenções, (b) métodos utilizados e localização dos serviços, (c) qualificações do prestador de serviço, e (d) estilos de interacção e comunicação na prestação de serviços.

- Cada indivíduo vive num ambiente ou contexto que raramente é exactamente o mesmo que o de outro. Assim, variáveis como a cultura, etnia, e a diversidade de atitudes e crenças, definem as características do ambiente natural e devem ser consideradas na prestação de serviços às crianças e às suas famílias.

### **1.3. Participação das Famílias**

Hung (2009), apresenta-nos um estudo de caso qualitativo no qual se pretendeu analisar o envolvimento / participação e percepções de famílias no processo dos serviços de intervenção precoce, com os seguintes resultados:

- O nível de envolvimento / participação das famílias variou por cada prestador de serviços e / ou profissionais. Esta disparidade resultou da disponibilidade, níveis de competência e abordagens de cada um dos prestadores de serviços e / ou profissionais de serviço durante o processo. As famílias descobriram que num caso específico os prestadores de serviço tinham mantido uma posição

autoritária, enquanto o coordenador de serviço tinha desempenhado um papel significativo ao longo do processo.

- A intervenção precoce exige um processo muito burocrático às famílias, a fim de alcançarem o serviço para os seus filhos. Esta burocracia profissional na intervenção precoce, incluindo os requisitos processuais defendidos pelos prestadores de serviços e / ou profissionais do processo, limita as oportunidades de participação com qualidade das famílias.

Com base nestes resultados, o mesmo autor propôs que os prestadores de serviço devam fornecer mais cuidados a nível emocional às famílias, bem como desenvolver uma maior competência para o trabalho com famílias de crianças com problemas de desenvolvimento. Propõe ainda mais formação aos profissionais no sentido de aprender a escutar activamente as famílias, assim como estas por sua vez devem ser conhecedoras da natureza burocrática do sistema de forma a compreender a sua importância para um melhor apoio.

#### **1.4. Comportamento Positivo de Apoio**

Muitos autores verificaram que o comportamento positivo de apoio, é conduzido com sensibilidade para as necessidades da família, para os seus objectivos e para as suas circunstâncias (Lucyshyn, Dunlap, e Albin, 2002 in Vaughan et al, 2005). Esse comportamento positivo centrado na família, tem potencial para produzir melhorias significativas e duradouras no comportamento de uma criança e, sobretudo, para produzir benefícios no estilo de vida de outros membros da família. Embora alguns autores tenham avançado essas posições (como por exemplo, Turnbull & Turnbull, 1996; Vaughn, Dunlap, Fox, Clarke, & McDermott, 1997) existe a necessidade de mais pesquisas e relatórios práticos sobre o processo e os resultados do comportamento positivo de apoio, centrado nas famílias (Vaughan et al, 2005). Neste tipo de intervenção existe a preocupação de abranger todos os níveis de envolvimento da família e considerar as particularidades de cada sistema familiar, pois só então, poderemos criar o ambiente necessário para que as

famílias floresçam (Albin, Lucyshyn, Horner & Flannery, 1996 in Vaughan et al, 2005).

### **1.5. Recolher e dar Informação às Famílias**

A troca de informações entre os membros da família e dos prestadores de serviços é uma característica central dos serviços de intervenção precoce e é essencial para o desenvolvimento de um plano de serviços individualizados para família. Os profissionais de intervenção precoce pressionados por prazos e documentos exigidos, podem recorrer a um estilo de comunicação que não corresponde à interação e estilo de aprendizagem dos membros da família, não lhe oferecendo uma imagem clara do seu papel na equipa.

Um elemento essencial para a avaliação prática e intervenção em ambientes naturais é a identificação das rotinas, actividades, e eventos que ocorrem regularmente na vida das crianças e das suas famílias em casa e na comunidade. A recolha de informação sobre a vida das famílias, o que fazem, como e quando fazem, é crucial para ajustar a intervenção às tarefas do quotidiano, assim como para identificar o seu início e o seu desfecho (Bernheimer & Keogh, 1995; Bernheimer & Weismer, 2007; McWilliam & Scott, 2001 in *Woods e Lindeman, 2008*).

Vários programas, propõem alterações tendo em vista a melhoria das práticas, mas muitas vezes não oferecem as informações adequadas sobre "como" cumprir as recomendadas mudanças na prática.

Woods & Lindeman, (2008), identificam estratégias que pretendem envolver os membros da família e apoiar a sua participação, em todo o processo de Intervenção. Os autores sublinham a necessidade de construir um processo recíproco. O tempo gasto inicialmente na construção da relação recíproca é importante para o sucesso da equipa na execução do programa. A abordagem recíproca dá informações às famílias (por exemplo, a relevância do ensino de habilidades e oportunidades de aprendizagem para o seu filho dentro de rotinas diárias), e faz a recolha de informações (por exemplo, as preocupações e prioridades dos membros da família, os interesses da criança,

bem como os locais e actividades da sua vida quotidiana disponíveis para o ensino e a aprendizagem). Num processo recíproco, os membros da família tornam-se familiarizados com o conceito de "ambientes naturais "através de exemplos fornecidos e de reflexão sobre suas próprias vidas e interacções. Desta forma a família percepção a importância de serem elementos activos, proporcionando experiências e oportunidades de aprendizagem ao seu filho através das rotinas diárias. Mesmo bem informados, os elementos da família podem não reconhecer como o seu papel é essencial, na medida em que podem simplesmente aumentar as oportunidades ou a complexidade de respostas do seu filho sem interferir com o seu papel principal de lhe prestar os cuidados primários (Dunst, Hamby, Trivette, Raab, & Bruder, 2000 in Woods & Lindeman, (2008).

As famílias ganham confiança e compreensão quando a informação é partilhada com exemplos específicos que enfatizam as suas realizações, não os défices. Essa informação deverá ser no sentido de "ajudar a fazer", ou seja respeitar o papel dos elementos da família," mantendo o que eles fazem e não fazendo mais, ou mudar radicalmente tudo que eles fizeram" (Jung, 2003 in Woods & Lindeman, (2008).

Para partilhar a informação, as famílias precisam entender o valor das informações para os prestadores de serviços e conseqüente processo de intervenção.

Woods & Lindeman, (2008), indicam-nos alguns princípios que devem estar incluídos na comunicação e partilha de informação:

- A partilha de informação com a família sobre o quê, como e onde as crianças aprendem e simultaneamente a recolha de informações sobre a especificidade da família, as suas rotinas, actividades diárias e eventos, fornece um contexto para estabelecer um processo recíproco que irá facilitar a participação familiar em toda a intervenção.

- Reconhecer que cada criança e família são únicas:

Para desenvolver um verdadeiro programa, centrado na família, devem ser adquiridas as informações específicas acerca dos ambientes naturais e da



família, as preferências, valores, prioridades. A família deve identificar as rotinas e actividades para que nestas seja incorporada a intervenção para, em última análise, ser eficaz e valorizada pela família. Os membros da família devem identificar o que gostam de fazer, quando e onde deve ser efectuada a intervenção. Eles são os peritos sobre as actividades e rotinas de interesse dos seus filhos.

Uma outra estratégia apontada por para envolver os membros da família e apoiar a sua participação, em todo o processo de Intervenção é desenvolver um plano individualizado para recolher e dar informações. As famílias necessitam de um contexto, para partilhar informações sobre a sua família. A primeira prioridade do prestador de serviços deve ser o estabelecimento de uma relação com a família, que sublinha a relevância dos membros da família no que respeita à sua criança, os seus valores, as suas crenças, as suas preocupações, e os resultados que se esperam alcançar. Historicamente, os prestadores de serviços iniciavam o processo, concentrando-se na avaliação da criança e das suas necessidades (Woods & McCormick, 2002, Stremel & Campbell, 2007, in Woods & Lindeman, (2008). Com a mudança na prestação de serviços resultantes da revisão da legislação e no âmbito dos ambientes naturais, os prestadores de serviços esperam que a família forneça informações para orientar a avaliação e apreciação do processo e estabelecer as prioridades de intervenção. Assim, em vez de escolher os instrumentos mais adequados para fazer a avaliação da criança os prestadores de serviços identificam as estratégias mais adequadas para estabelecer o papel da família na avaliação e intervenção, considerando muitas variáveis que podem influenciar as suas respostas, incluindo a história da família, a cultura, as crenças religiosas e valores, o nível de escolaridade o idioma principal entre outros.

Woods & Lindeman, (2008), dizem-nos ainda que os prestadores de serviços podem beneficiar da utilização de uma variedade de estratégias tanto para a identificação inicial da família e da criança como a identificação dos contextos para o desenvolvimento do programa em curso. As estratégias

incluem inventários e questionários, conversas, mapeamento da comunidade, e discussões informais de resolução de problemas. Não existe um único procedimento correcto para reunir as informações sobre a criança e a família, sendo necessário o conhecimento por parte dos prestadores de serviços de todos eles, para que face a cada família em concreto, possa eleger o mais adequado. As informações recolhidas numa entrevista ou numa conversa não só irão variar pelo método empregado, mas também estarão relacionadas com a variabilidade da vida da família (Bernheimer & Keogh, 1995; Bernheimer & Weismer, 2007 in Woods & Lindeman, 2008).

Woods & Lindeman, (2008) referem-se a outra estratégia para o envolvimento das famílias no processo de intervenção que é a resolução de problemas, simulações ou discussões sobre "O que faz e quando?". Desta forma, o intervencionista sugere uma situação que potencialmente poderá ocorrer em qualquer família e pede ao prestador de cuidados para descrever aquilo que ele poderá fazer. Outras situações poderão incidir mais nas necessidades comuns do dia-a-dia, fornecendo informações sobre problemas e as estratégias que a família usa, os recursos e suportes disponíveis, e outros possíveis parceiros no processo de intervenção. Esta estratégia prevê também uma oportunidade para as famílias e prestadores de serviços descobrirem que o processo de resolução de problemas em comum é gratificante.

A observação sistemática do ambiente com a intenção de maximizar as oportunidades que já existem para a criança e para a família diminui as perturbações na vida da família e, mais importante, permite aos membros da família ver todas as propriedades naturais das oportunidades que existem para eles, sem acrescentar mais elementos que podem ser geradores de stress nas suas vidas. Promover a participação activa dos prestadores de cuidados no processo de levantamento e resolução de problemas, incorporando-os nas possibilidades de intervenção aumenta a sua competência.

Os resultados positivos de intervenção estão relacionados com a capacidade dos prestadores de serviço fornecerem e compartilharem informações, com a família, sobre o motivo pelo qual as rotinas diárias e o jogo

lúdico são importantes para as crianças, em simultâneo com a recolha da informação necessária para o desenvolvimento do programa (Woods & Lindeman, 2008).

### **1.6. Rotinas e rituais da família: Um contexto para o Desenvolvimento da Criança**

As rotinas familiares e os seus rituais são os contextos naturais mais adequados para criar uma estrutura previsível que orienta o comportamento e um clima emocional que apoia o desenvolvimento precoce. Existem evidências recentes que sugerem que as variações das práticas da família, ligadas às suas rotinas e rituais, são associadas a variações socio-emocionais, linguagem, nível académico, e capacitação social. (Spagnola e Fiese, 2007)

Woods & Lindeman, 2008, dizem-nos que o contexto ecológico das rotinas diárias, e das actividades, (Bronfenbrenner, 1979) serve como uma âncora para a transacção e interacção entre os prestadores de cuidados e a criança nos quais ocorre a aprendizagem (Sameroff & Chandler, 1975). Os prestadores de serviços beneficiam de informação compartilhada por famílias que identificam os seus valores e prioridades ao descrever as suas rotinas e interacções (Bernheimer & Weismer, 2007).

A definição de *ambientes naturais* tem sido alvo de alguma polémica. Dunst e al (2001, in Sylva, 2005), na sua investigação sobre as oportunidades naturais de aprendizagem propõem uma definição de ambientes naturais que incorpore a ideia de que as experiências diárias, os locais e actividades são fonte de oportunidades de aprendizagem. Uma definição mais abrangente de ambientes naturais pode incluir as rotinas diárias, actividades e locais que sejam relevantes para cada família (Bricker, 2001; Dunst, Bruder, Trivette, Raab, & McCLEAN, 2001; McWilliam, 2000; Tisot & Thurman, 2002; Walsh, Rous, & Lutzer, 2000; Wayman & Lynch, 1991 in Sylva, 2005).

Os repetidos encontros que ocorrem na família oferecem a oportunidade para criar um forte vínculo afectivo e um investimento na manutenção das relações no futuro (Kubicek 2002, in Spagnola e Fiese, 2007).

A filosofia dos ambientes naturais é coerente com os modelos sociais construtivistas e ecológicos propostos por Vygotsky (1997) e Broffebrenner (1992) em que a ênfase é colocada nas transacções entre as crianças e os profissionais dentro de um contexto social (Woods & Lindeman, 2008).

A teoria ecocultural de Weisner (2002, in Spagnola e Fiese, 2007) postula que as famílias activamente constroem actividades que são compatíveis com as características dos seus filhos, coerentes com os seus objectivos e valores, sustentáveis ao longo do tempo. A promulgação de rotinas familiares, como parte de um processo transaccional, é afectada pelas características da criança, bem como pelas capacidades e características da mãe (Sameroff & Fiese, 2000, in Spagnola e Fiese, 2007). A revisão da literatura diz-nos que os ambientes naturais como um modelo de prestação de serviços é definido individualmente (Sylva, 2005),

As rotinas da família e os seus rituais referem-se a práticas específicas que se repetem e que envolvem dois ou mais membros da família. Não obstante, elas serem distintas, é possível compará-las nas dimensões da comunicação, comprometimento e continuidade (Fiese et al., 2002 in Spagnola e Fiese, 2007). As rotinas familiares são caracterizadas pela comunicação, que é instrumental, implicam um compromisso por parte dos elementos da família e repetem-se regularmente. Os rituais familiares envolvem a comunicação com significado simbólico, que institui e perpetua a compreensão do que significa ser um membro daquele grupo específico. As rotinas e rituais têm o potencial de servir importantes papéis na manutenção da estrutura e do clima emocional da vida familiar diária (Spagnola e Fiese 2007).

As rotinas e rituais são contextos privilegiados para promover o desenvolvimento da criança. A rotina é especialmente um contexto rico em

linguagem, em que a criança é exposta a uma ampla gama da sua utilização, incluindo narrativas, explicações, esclarecimentos e regras culturais sobre discurso (Aukrust, 2002; Ely, Gleason, MacGibbon, & Zaretsky, 2001, in Spagnola e Fiese, 2007). As refeições proporcionam oportunidades para reconhecer e organizar o diálogo estruturado (Blum-Kulka & Snow, 2002, Spagnola e Fiese, 2007). Embora por vezes, as rotinas diárias mais adequadas para a intervenção pareçam óbvias, são individuais para os diferentes contextos familiares com base nos seus interesses, crenças, e as suas características únicas. Os familiares e prestadores de serviços provavelmente concordam que uma rotina diária comum das crianças e famílias é a refeição. Esta actividade pode ser identificada pelo prestador de serviços, como uma boa oportunidade para a aprendizagem, no entanto ela pode não ser vista como tal pela família, podendo esta valorizar as refeições como um tempo de relaxamento e partilha. Por outro lado, a criança pode não ser motivada pelas refeições. As actividades de interesse para a criança são importantes na medida em que fornecem motivação para explorar e expandir as actuais competências (Dunst, 2001; Wolery, 2005, in Woods & Lindeman, 2008).

A Leitura quando embutida nas rotinas pode apoiar o desenvolvimento precoce de competências ao nível da alfabetização (Fiese, Eckert, & Spagnola, 2005, in Spagnola e Fiese, 2007) que mais tarde se revelam importantes na aprendizagem académica. As rotinas e rituais da família têm sido ainda associados ao desenvolvimento de habilidades sociais na criança, já que fornecem uma estrutura para a socialização do comportamento culturalmente aceitável em crianças pequenas.

As rotinas são a oportunidade que naturalmente ocorre, para os membros da família estruturarem o comportamento da criança, estabelecer metas a atingir e em seguida, fornecer elogios e encorajamento para a sua realização (Martini, 2002, in Spagnola e Fiese, 2007). Com o nascimento de uma criança, os pais devem negociar novos papéis para atender às necessidades do bebé, revalidando as rotinas familiares de acordo com a evolução das necessidades da criança, o que se torna um desafio, mesmo para o mais feliz dos casais (Cowan & Cowan, 2000 in Spagnola e Fiese, 2007). É

importante reconhecer que a mudança nas rotinas e rituais faz parte do ciclo de vida das famílias.

Após a assimilação da família da perturbação de desenvolvimento da sua criança, esta é muitas vezes confrontada com o desafio de alterar o seu tempo, energia e recursos para melhor atender as necessidades de seu filho (Guralnick, 2004). Nestes casos, as famílias podem mudar as suas rotinas para atender a criança dado que esta se torna uma necessidade imediata, sacrificando por isso outras necessidades.

### **1.7. Recomendações para boas práticas**

As mudanças sociais não acontecem por acaso. Pais determinados querem uma vida melhor para eles e para os seus filhos, construindo mudanças positivas motivadas pela informação recebida, recursos e relações estabelecidas com familiares, amigos, visitantes domiciliários e outras fontes que lhe são acessíveis. Os problemas das famílias pouco integradas são múltiplos, complexos, inter-relacionados e perpetuam-se em várias gerações. As visitas às famílias durante a gravidez e depois do parto, por enfermeiras, educadores, terapeutas e pessoas da comunidade é o método mais adequado para construir relações, suportes e providenciar informação e referenciais. Os visitantes domiciliários olham individualmente a família e a comunidade onde esta se integra. ( Wollesen e Peifer, 2005)

As boas práticas no que diz respeito aos programas de visitas domiciliárias, implicam uma estratégia ou intervenção bem delineada com base na pesquisa. Há uma directa e lógica relação entre a medição de resultados e os métodos de uma boa prática. As boas práticas demoram tempo, compromisso e dinheiro.

Wollesen e Peifer, (2005), apresentam as conclusões do relatório elaborado com vista à avaliação do Programa “LSP” explicitando os objectivos que lhe são intrínsecos: a)Reforçar as habilidades dos pais; b)Aumentar a saúde das crianças; c) Estimular o desenvolvimento e a aprendizagem

precoce; d) Prevenir o abuso e negligência das crianças; e) Melhorar a vida dos pais e crianças.

Os autores referem as características de um bom programa: a) Clareza do programa, quanto ao conteúdo e objectivos; b) Coordenação de serviços com a comunidade; c) Utilização de múltiplas estratégias de intervenção para crianças e famílias.

No que se refere às componentes das boas práticas nas visitas domiciliárias, os mesmos autores, apontam o seguinte: a) os serviços iniciam-se precocemente (durante o período de gestação); b) as visitas são frequentes e prolongam-se por vários anos; c) a equipa de intervenção é estável, d) a equipa recebe formação qualificada; e) cada visitante tem um número reduzido de casos; f) o currículo usado está de acordo com o nível de literacia das famílias; g) os serviços são culturalmente ajustados à família; h) existem relações de colaboração com os agentes dos serviços da comunidade.

A implementação de um serviço centrado na família devem incluir elementos-chave que se traduzem em princípios orientadores para os profissionais (Edelman, Greenland e Mills, 1992, in Hanson e Lynch, 2004 ): a) Reconhecer a família como uma constante na vida da criança enquanto o sistema de serviços não tem um carácter permanente, sendo susceptível de se alterar; b) Facilitar a colaboração em todos os níveis do serviço entre profissionais e pais; c) Honrar e respeitar a diversidade da família em todas as dimensões: cultural, racial, étnica, linguística, espiritual e socioeconómica; d) Reconhecer as forças da família e as diferentes estratégias que esta pode usar para atingir os seus objectivos; e) Partilhar continuamente, com os membros da família, informação de forma imparcial e honesta; f) Encorajar a rede de suporte própria de cada família; g) Reconhecer e incorporar nos serviços as necessidades da criança e outros elementos da família; h) Implementar políticas e serviços que promovam o suporte emocional e financeiro das famílias; i) Desenhar e implementar serviços acessíveis, culturais e linguisticamente adequados, flexíveis e baseados na identificação das necessidades da família.

A filosofia dos programas contemporâneos, enfatiza as parcerias e interrelações entre pais e profissionais e o lugar da família no processo de tomada de decisões (Sandall, McLean e Smith 2000, in Hanson e Lynch, 2004).

“Realçar” vidas inclui um serviço que contribui para o decréscimo do stress familiar, da depressão maternal, da violência familiar, do isolamento social e aumenta o suporte social, as relações familiares, a educação e o emprego (Wollesen e Peifer, 2005),

## **2. APOIO SOCIAL: INFLUÊNCIAS NO COMPORTAMENTO DA FAMÍLIA E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA**

### **2.1. Definição**

Apoio Social é definido por Dunst (1995) como a ajuda e assistência de carácter emocional, psicológico, associativo, informativo, instrumental ou material, prestadas pelos membros da rede de apoio social, que influenciam, de forma positiva, o comportamento do receptor de tal ajuda ou assistência.

Outra definição de apoio social é-nos oferecida por Vaux (1988) in Dunst (1995) o qual descreve apoio social como um processo contínuo, que envolve a permuta de recursos entre o indivíduo e os membros da sua rede de contactos pessoais. Acrescenta que estas transacções entre o indivíduo e o grupo desenvolvem-se num contexto flutuante, estando sujeito a inúmeras influências, reconhecendo que o apoio social influencia o comportamento funcional, ao mesmo tempo que é influenciado por diversas variáveis de carácter pessoal e ambiental.



A conceptualização do apoio social como um processo transaccional activo considera desta forma, as variáveis pessoais e contextuais como sendo interdependentes requerendo uma análise da ecologia de qualquer evento ou processo de apoio (Dunst, 1995).

O apoio social é um construto de natureza multidimensional, que interage de forma complexa com outros factores, tanto intrapessoais como interpessoais e que se reflecte no comportamento. No apoio social incluem-se as transacções que ocorrem naturalmente ou que são planeadas, e que vão influenciar esse comportamento (Dunst et al, 1997).

A operacionalização do conceito de apoio social implica a sua decomposição em cinco componentes, cada um dos quais com variadas dimensões (Dunst & Trivette, 1988 a) e b), Dunst, Trivette & Jodry, 1997 e Trivette, Dunst & Hamby, 1996, in Pimentel, 2004):

- Apoio relacional, definido pela quantidade e qualidade de relações sociais e descrito em termos das pessoas grupos e organizações que são importantes para um indivíduo;
- Apoio estrutural, definido pelas características das redes sociais de apoio e descrito pelas qualidades consideradas essenciais para que as relações com os elementos dessas redes sejam consideradas interacções de suporte;
- Apoio constitucional, definido pelo conjunto de necessidades sentidas e pelos recursos considerados essenciais para lhes fazer face e analisado através da congruência entre o tipo de ajuda prestada e as necessidades pessoais específicas;
- Apoio funcional, definido pela fonte, tipo, quantidade e qualidade do apoio que é oferecido;
- Satisfação com o apoio definido pelo seu nível de adequação e percepção da sua utilidade.

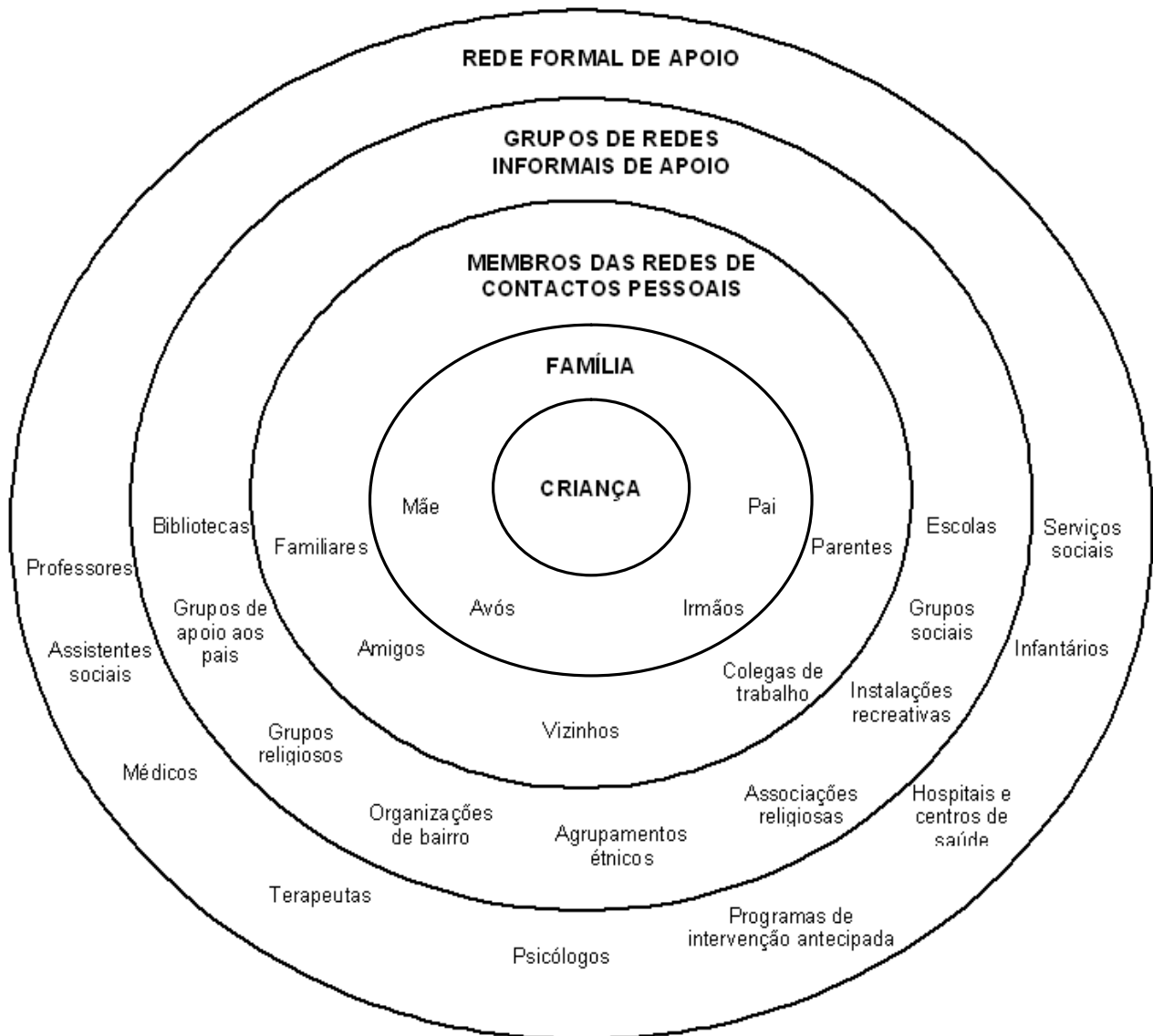
Estes componentes estão inter-relacionados, pelo que a quantidade e existência de apoio relacional determina o apoio constitucional (necessidades), o apoio estrutural (redes sociais) e o apoio funcional (recursos providenciados pelas redes de apoio); a necessidade e a estrutura das redes de apoio determinam a ajuda que é pedida e oferecida; a relação entre o apoio constitucional e o apoio funcional determinarão até que ponto a ajuda é considerada útil e, conseqüentemente, o grau de satisfação com a ajuda recebida (Pimentel, 2004)

## **2.2. Fontes de apoio**

Os indivíduos, grupos ou instituições com os quais o agregado familiar ou os seus membros entram em contacto, directa ou indirectamente, são designados como a rede de contactos pessoais desse agregado familiar (Cochran, 1990 in Dunst, 1995), os quais se encontram divididos em fontes formais e informais de apoio social. Nas redes de apoio informal encontram-se os indivíduos (familiares, amigos, colegas de trabalho, vizinhos, clérigos, etc...) e os grupos sociais (associações religiosas, clubes, escolas, etc...), com os quais os membros do agregado familiar comunicam numa base frequente ou periódica. As redes de apoio formal incluem profissionais liberais (médicos, educadores especiais, psicólogo, assistente social, etc...) e instituições de auxílio profissionalizado (centros de saúde, programas de intervenção antecipada, etc...) que prestam apoio às famílias em resposta aos diferentes pedidos de auxílio ou assistência.

No modelo a seguir exposto, Dunst clarifica a relação entre o agregado familiar e os membros da sua rede de contactos pessoais:

*Quadro 1 – Estrutura de conceptualização das redes de apoio à criança e ao agregado familiar (Dunst, 1995)*



### **2.3. Características importantes das trocas de apoio social**

A análise da literatura sobre as redes de contacto pessoal e as redes de apoio social (Dunst e Trivett, 1990) revela que as dimensões e características das redes de apoio social se encontram normalmente relacionadas com o comportamento funcional do indivíduo e do agregado familiar. Essas características incluem: a) o tamanho da rede (número de pessoas que

constituem a rede de contactos pessoais de determinado individuo ou agregado familiar; b) a existência de relacionamentos sociais (casamento, filiação em associações religiosas ou organismos sociais); c) frequência do contacto com os membros da rede (pessoalmente ou em grupo); d) a necessidade de apoio (intensidade da manifestação dessa necessidade pelo indivíduo ou agregado familiar); e) tipo e dimensão do apoio prestado pelos membros da rede de contactos pessoais (por exemplo, apoio emocional prestado durante uma crise familiar); f) a congruência entre o tipo de apoio procurado e o efectivamente prestado; g) a utilização do apoio (de que forma o indivíduo ou agregado familiar utiliza o apoio disponível junto dos membros da rede de contactos pessoais); h) a disponibilidade dos membros da rede de contactos pessoais em época de crise; i) a afinidade psicológica e o interesse mútuo entre o individuo ou agregado familiar e os membros da rede de contactos pessoais; j) a reciprocidade na troca de recursos entre os membros da rede de contactos pessoais e a l) satisfação com o apoio prestado na sequência de trocas ou fornecimentos de recursos.

Qualquer uma destas características, ou a combinação das mesmas contribui para as influências que o apoio social exerce sobre o comportamento funcional do indivíduo ou do agregado familiar.

O conceito *Apoio Social* é pois complexo e multidimensional e a sua influência no funcionamento dos indivíduos e dos grupos não pode ser desligada da de outros factores e variáveis intra e interpessoais. Como é referido por Dunst, Trivette e Jodry (1997), as características e consequências do apoio social devem ser entendidas como processos transaccionais no âmbito de um sistema social e de um contexto ecológico: o apoio social influencia directamente a criança através das pessoas com as quais esta tem contacto directo e recorrente, quer em conjunto com os outros elementos da família quer de forma independente, mas pode também ter uma influência indirecta tornando-se possível que o desenvolvimento da criança seja influenciado por acontecimentos em contextos em que ela não esteja sequer presente.

## **2.4. Influências do Apoio Social no Comportamento da Criança e do Agregado Familiar**

Partindo da premissa que a família é o principal contexto de desenvolvimento da criança, será fácil aceitar que a influência do apoio social que esta recebe reflectir-se-á directa e indirectamente na criança.

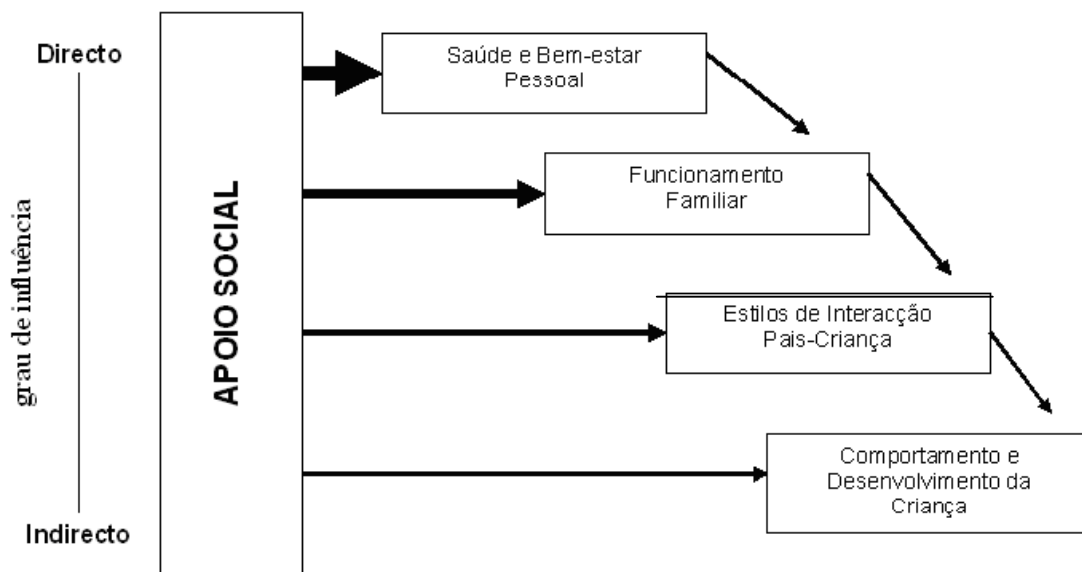
Vários autores sugerem que o apoio social tem efeitos positivos na função parental e conseqüentemente, na promoção do desenvolvimento da própria criança (Crockenberg, 1988 in Craveirinha, 2002). Outros estudos demonstram que o apoio social influencia os comportamentos, saberes, atitudes e expectativas dos pais e seus descendentes e reflecte-se de forma positiva não só no funcionamento da família como da criança (Dunst, Trivette e Deal, 1988 in Craveirinha, 2002).

O desempenho eficaz dos pais no que diz respeito às suas funções de educação dos filhos no seio do agregado familiar, depende das exigências, pressões e apoios emitidos por outras estruturas como por exemplo, a flexibilidade dos horários de trabalho, a adequação dos serviços escolares, a disponibilidade de amigos e vizinhos que possam prestar auxílio em casos de pequena ou grande necessidade, a qualidade dos serviços sociais e de saúde, e a segurança da área de residência (Bronfenbrenner, 1979 in Dunst, 1995).

Segundo Cochran e Brassard (1979, in Dunst, 1995), *“as influências do apoio social atingem directamente a criança através do conjunto e diversidade dos indivíduos com os quais ela mantém contacto numa base regular, quer esse contacto seja efectuado em conjunto com outros membros do agregado familiar ou de modo independente”*(pág.602). Para além destas, o apoio social exerce influências indirectas que *“afectam as características dos pais que por sua vez, afectam a criança através das suas atitudes e comportamentos em relação a esta”* (Cochran, 1990, pag.17 in Dunst, 1995).

Dunst (1997), com base nas suas pesquisas apresenta-nos um modelo explicativo das influências directas e indirectas de apoio social no desenvolvimento da criança e na família que a seguir expomos:

Quadro 2 – Modelo de Influências Directas e Indirectas do Apoio Social (Dunst, Trivette e Deal, 1988)



Fonte: Dunst, C; Trivette, C; Deal, A. (1998). *Enabling and empowering families. Principles and guidelines for practice*. Cambridge, MA: Brookline Books.

#### **2.4.1. Influências directas do apoio social**

No que concerne às influências directas do apoio social, Dunst (1995) de acordo com a informação recolhida nas suas pesquisas, sublinha que tem sido demonstrado que o apoio social prestado pelas fontes de apoio informais e não pelas formais, diminui o stress e contribui para o bem-estar dos pais de crianças com desordens mentais ou em risco de as adquirir. Foi provado que este tipo de apoio social modera a percepção dos pais relativamente ao

incómodo e à dificuldade do comportamento da criança, ao mesmo tempo que diminui a predisposição para considerar o internamento da criança com desordens mentais ou a sua separação do seio do agregado familiar.

Os estudos de Dunst et al. (1997), revelaram ainda que a disponibilidade de apoio do companheiro ou cônjuge, familiares e outros membros da rede de contactos pessoais está relacionada com as oportunidades de interação pais-criança, com a actividade quantitativa e qualitativamente superior no desempenho das responsabilidades dos pais e com a melhoria da sensibilidade maternal relativamente ao comportamento da criança.

O autor refere também que o apoio de carácter informal mais do que o de carácter formal está estritamente relacionado com uma quantidade de comportamentos, justificando que a afinidade e o interesse mútuo afectam os níveis a que o apoio produz efeitos positivos.

#### **2.4.2. Influências indirectas do apoio social**

Como se pode observar no modelo apresentado (Quadro 2) concluímos que o apoio afecta directamente o bem-estar; o apoio afecta as relações pais-criança através do bem-estar; e o apoio afecta o comportamento e o desenvolvimento da criança através da influência directa sobre o bem-estar e a influência indirecta sobre o comportamento pais-criança. Quando os pais se encontram bem do ponto de vista da saúde mental são mais susceptíveis de desenvolver um relacionamento mútuo de carácter positivo com a criança. Com um estilo de relacionamento compreensivo e facilitador são mais susceptíveis de criar oportunidades de aperfeiçoamento do comportamento e desenvolvimento da criança (Dunst, 1995).

Apesar de existirem diversos factores que influenciam o papel dos pais, nomeadamente as suas próprias características e as da criança ou a relação conjugal (Belsk, 1984; Crockenberg, 1988, in Craveirinha, 2002) um factor

determinante na redução do stress parental parece ser o apoio social de que dispõem. Este apoio pode reduzir o stress, promover a saúde e o bem-estar dos elementos da família, melhorar o funcionamento familiar e interacção parental, facilitar e promover o funcionamento da criança ( Crockenberg, 1988 in Craveirinha, 2002).

Ao estudar as relações de interdependência entre os componentes de apoio social, as características da família e da criança, os acontecimentos adversos da vida, o bem-estar pessoal e o desenvolvimento da criança, Dunst (2000), Dunst e Trivette (1988), Dunst, Trivette e Jodry (1997) e Trivette, Dunst e Hamby (1996) consideram que as características da família e da criança, elas próprias interdependentes, determinam parcialmente o suporte social, em conjunto determinam os mecanismos de adaptação e comportamentos face às situações normais e adversas, que por sua vez afectam quer directa quer indirectamente o bem estar da família, o seu funcionamento, os estilos interactivos e o próprio comportamento e desenvolvimento da criança (Pimentel, 2004).

### **2.5. Apoio Social e Intervenção Precoce: Interdependência**

Ao observarmos o Quadro a seguir apresentado, no qual Dunst estabelece a comparação entre o paradigma actual e tradicional, facilmente entendemos a evolução da conceptualização e operacionalização da Intervenção Precoce ao longo do tempo.



Quadro 3 - Paradigmas da Intervenção Precoce

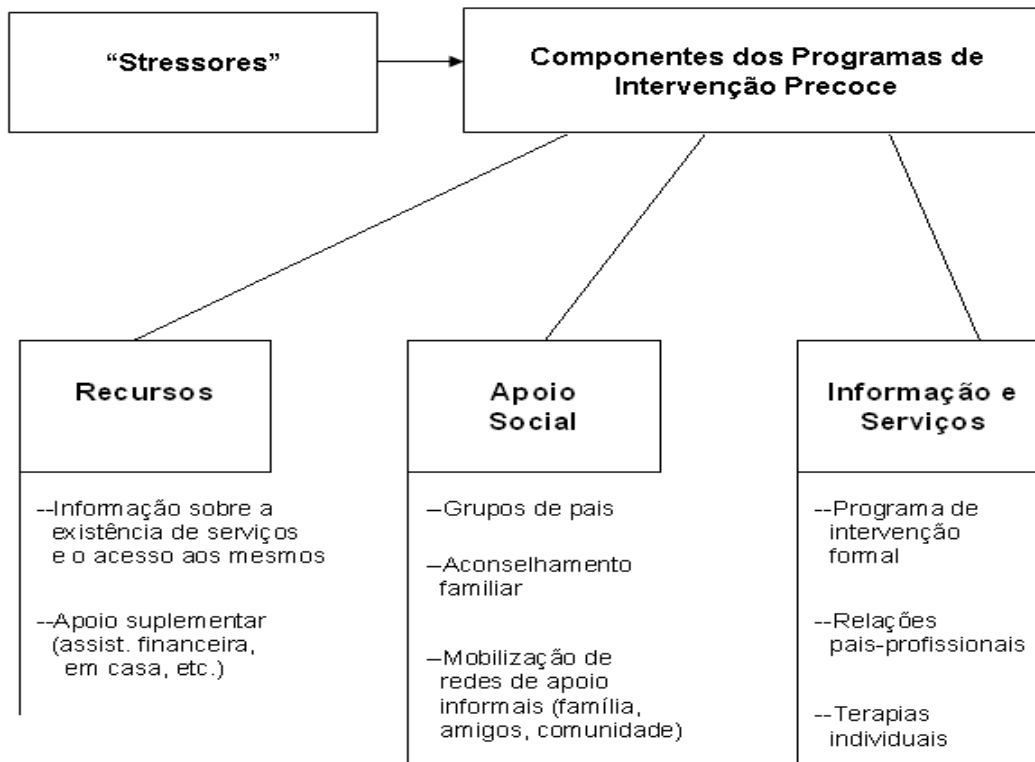
| <b>Paradigma actual</b>  | <b>Paradigma Tradicional</b>   |
|--|--|
| <b>Modelos de Promoção</b><br>Centram-se no melhorar e otimizar competências e um funcionamento positivo.  | <b>Modelos de tratamento</b><br>Centram-se no remediar uma perturbação, problema, ou doença, ou a sua consequência.  |
| <b>Modelos de Corresponsabilização</b><br>Criam oportunidades para as pessoas exercerem capacidades já existentes ou desenvolverem novas competências                        | <b>Modelos de “Expertise”</b><br>Dependem exclusivamente do conhecimento dos profissionais para resolverem os problemas das pessoas.   |
| <b>Modelos Baseados nas Competências</b><br>Reconhecem os talentos e pontos fortes das pessoas e ajudam-nas a utilizar essas competências para melhorar o seu funcionamento. | <b>Modelos Baseados nos Défices</b><br>Centram-se no corrigir os pontos fracos e os problemas das pessoas.   |
| <b>Modelos Baseados nos Recursos</b><br>Definem as práticas em termos de uma base ampla de oportunidades e experiências existentes na comunidade.                            | <b>Modelos baseados nos Serviços</b><br>Definem as práticas baseando-se unicamente nos serviços profissionais.   |
| <b>Modelos Centrados nas Famílias</b><br>Vêem os profissionais como agentes das famílias e atentos na resposta às preocupações e desejos das famílias.                       | <b>Modelos Centrados nos Profissionais</b><br>Vêem os profissionais como “experts”, que determinam quais as necessidades das pessoas, segundo o seu ponto de vista e ignorando o ponto de vista das pessoas. |

*Fonte: slide da Unidade Curricular “ Criança em Risco: perspectivas sociais e psicopedagógicas” ; Mestrado de IP, UM (ano lectivo de 2006/2007).*

A definição sistémica social de Intervenção Precoce de Dunst, Trivette e Jodry (1997) identifica a interdependência dos conceitos de Intervenção Precoce e Apoio Social porquanto define a Intervenção Precoce como a prestação de apoio e de recursos a famílias de crianças pequenas, por parte dos membros de redes sociais de apoio informal e formal, que influenciam, tanto directa como indirectamente, o funcionamento da criança, dos pais e da família.

Guralnick (1997 in Craveirinha, 2002), numa perspectiva de apoio centrada na família, destaca três componentes fundamentais nos programas de Intervenção Precoce: Informação e Serviços, Apoio Social e Recursos (Quadro 4). O autor defende que estes componentes serão importantes para ajudar a família a enfrentar e aliviar os factores de stress e dessa forma alcançar um padrão de funcionamento que influenciará directamente os resultados de desenvolvimento da criança.

*Quadro 4 – Componentes dos programas de intervenção Precoce como resposta aos factores e “Stress” das famílias (Guralnick, 1997)*



*Fonte: Guralnick, M (1997). Second Generation Research in the Field of Early Intervention. In m. Guralnick, ( Eds). Interdisciplinary Clinical Assessment of Young Children with Developmental Disabilities. Baltimore University of ashingtos, Paul H. Brookes Publishing Co.*

Roberts, Rule e Innocenti (1998, in Pereira, 2003) consideram que embora os cuidados centrados na família e os programas de apoio à família se caracterizem por uma identidade própria, partilham características comuns. Os

cuidados centrados na família constituem-se como uma filosofia dos serviços de apoio à família que garante que a família seja entendida e contemplada como parceira na tomada de decisão e por sua vez, os programas de apoio à família reconhecem que cada família requer algum tipo de apoio e que a sociedade tem a responsabilidade de o prestar.

Mc William e Scot (2001 in Craveirinha, 2002) apresentam um modelo de intervenção precoce “ Modelo de Apoio” (Support Model of Early Intervention) que tem por base a teoria do apoio social, a teoria ecológica, a teoria dos sistemas, a teoria transaccional e a teoria da procura de ajuda. Este modelo constitui-se em três componentes: a) Apoio Informativo; b) Apoio Emocional; c) Apoio Material

O Apoio Informativo visa responder às necessidades de informação das famílias relativamente a questões concretas do desenvolvimento da criança, a identificar os serviços e recursos a que podem recorrer. O Apoio Emocional, engloba todo o apoio proveniente da rede informal, mas destaca o papel do profissional de intervenção precoce, como elemento da rede formal de apoio da família. No que se refere ao Apoio Material, este inclui todos os recursos para ir ao encontro das necessidades básicas da família.

O enquadramento conceptual de desenvolvimento sobre o qual assenta a Intervenção Precoce, inclui a compreensão dos padrões de interacção familiar, tais como as transacções pais - criança, as experiências proporcionadas às crianças pela família bem como a salvaguarda das suas condições de saúde e segurança e da influência destes sobre o desenvolvimento Guralnick (2005 in Serrano, no prelo). Nesta definição de Intervenção Precoce pensamos poder extrair a ideia de que o apoio social, enquanto fonte de recursos no sentido de proporcionar experiências positivas à família, está intrinsecamente ligado à Intervenção Precoce.

Dunst (1995) identifica o apoio social como intervenção antecipada no sentido de assegurar aos pais as condições (tempo, energia, conhecimento e experiência) e a oportunidade de desempenharem as suas responsabilidades

como pais, de forma a promover os melhores resultados do comportamento da criança, dos pais e do agregado familiar.

O mesmo autor chama ainda a atenção para um aspecto do apoio social que é o facto de este ser uma variável ambiental (processa-se através dos indivíduos e grupos com os quais a criança e os pais entram em contacto directo) e desta forma “ parece funcionar independentemente de ser ou não deliberadamente manipulado” (Horowitz, 1994, in Dunst, 1995). Desta forma, todas as experiências e oportunidades susceptíveis de contribuir para o melhoramento do comportamento da criança e do agregado familiar são importantes como formas de intervenção.

## **2.6. Práticas de Intervenção Precoce com base nos recursos**

Ao contrário do conceito mais comum de intervenção antecipada, que considera os serviços profissionais como principal, ou único, meio de influenciar o desenvolvimento da criança e do agregado familiar, a intervenção antecipada com base nos recursos engloba um vasto leque de estruturas e membros da redes de apoio social, de carácter informal e formal, como fontes de experiências e oportunidades para promover e aperfeiçoar o desenvolvimento da criança e do agregado familiar. Uma das principais características das práticas de intervenção antecipada consiste na ênfase dos apoios comunitários. Considerando que os agregados familiares estão inseridos em múltiplas comunidades susceptíveis de lhe fornecer os recursos que respondam às suas necessidades, as práticas de intervenção antecipada terão necessariamente de ocorrer não numa única mas em diferentes localidades. Desta forma, o contexto da intervenção antecipada com base nos recursos dependerá dos indivíduos, grupos, organizações, que constituem cada comunidade oferecendo ou prestando oportunidades de aprendizagem e experiências às crianças e respectivos agregados familiares que participem nos programas de intervenção antecipada (Dunst, 1995).

O mesmo autor identifica três componentes na intervenção antecipada: a) fontes de apoio, b) levantamento de recursos existentes na comunidade e c) edificação das capacidades da comunidade. As fontes de apoio, como já foi aqui referido, dizem respeito aos membros das redes de apoio formal e informal, grupos associativos, programas comunitários, profissionais liberais e serviços especializados. O levantamento dos recursos comunitários, inclui a identificação e a localização desses recursos (serviços de infantário, instalações recreativas, oportunidades, aconselhamento...). Depois de identificados os recursos é necessário edificar as capacidades da comunidade para fornecer oportunidades e experiências. Para isso os profissionais e responsáveis do programa deverão identificar os meios existentes na comunidade, assim como de importantes contribuições que os indivíduos e grupos na mesma poderão prestar no sentido de satisfazer as necessidades da criança e do agregado familiar.

Terminamos realçando o aspecto intrínseco ao apoio social demonstrado pela teoria e pela prática de que este é uma forma de intervenção que naturalmente funciona e independentemente de ser ou não manipulado exerce inúmeras influências directas e indirectas sobre o comportamento e o desenvolvimento do agregado familiar e da criança (Dunst, 1995).

## **PARTE II – PLANIFICAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO**

## **CAPÍTULO I – OBJETO DE ESTUDO**

## 1. ENQUADRAMENTO DO ESTUDO

Não obstante a existência de alguns programas/ projectos de intervenção precoce, devidamente implementados nas respectivas comunidades e com orientações teórico-práticas definidas à luz das determinações da investigação é nossa percepção que no nosso país há ainda um longo caminho a percorrer no sentido de criar um serviço de Intervenção Precoce que, mais do que desejável, seria necessário.

Apesar da muita investigação já efectuada no domínio da Intervenção Precoce, ter comprovado o seu importantíssimo papel nas famílias com crianças pequenas que por várias ordens de razão, em qualquer altura da sua vida necessitam de apoio, é nosso entendimento que actualmente no nosso país ela é desvalorizada pelos responsáveis políticos, não lhe reservando o devido lugar na sua agenda. Com efeito, a legislação que regulamenta a Intervenção Precoce (despacho conjunto 819/99) data de Outubro de 1999, tendo sido anunciada nova legislação há já algum tempo que continuamos a aguardar. A recente legislação que regulamenta a Educação Especial (Dec. Lei nº 3/2008) faz uma breve referência à Intervenção Precoce, no seu artigo 27º, para a introduzir em agrupamentos de escolas de referência nos quais serão colocados os docentes. Entendemos que um dos sinais da desvalorização política da Intervenção Precoce, é o facto de neste momento aos docentes especializados em educação especial, pertencentes ao Quadro da Educação Especial (Grupo 910) não lhe ser permitida a colocação nos agrupamentos de referência, estando estes, assim, afastados da Intervenção Precoce.

O mesmo Decreto- Lei no seu 5º artigo refere que “ a educação especial pressupõe a referenciação das crianças e jovens que eventualmente dela necessitem, a qual deve ocorrer o mais precocemente possível, detectando os factores de risco associados às limitações ou incapacidades” e remete para o processo de avaliação do qual faz parte a elaboração de um relatório técnico-pedagógico “onde constam os resultados decorrentes da avaliação, obtidos por referência à Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, da Organização Mundial de Saúde.



Da análise que fazemos deste excerto do referido Decreto-Lei, ressalta um aspecto, para nós preocupante, que se prende com os critérios da elegibilidade da Educação Especial e por conseguinte da Intervenção Precoce. Com efeito, os critérios aqui referidos remetem para este serviço, apenas as situações de incapacidade e limitações avaliadas no âmbito da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, da Organização Mundial de Saúde, referindo-se a factores de risco apenas quando estes estão associados com essas situações. Todos sabemos que em idades precoces as limitações ou incapacidades do indivíduo apesar de não serem observáveis, são susceptíveis de estarem presentes ou de virem a desenvolver-se no futuro. Sabemos também da investigação já efectuada por vários especialistas que o stress crónico pode ser tóxico para o desenvolvimento do cérebro e que crianças expostas, durante períodos de tempo significativos, a pelo menos mais de dois factores de risco apresentam resultados negativos no seu desenvolvimento (Samerof, 1987).

É ainda, do consenso geral que, em qualquer área, o tipo de intervenção mais eficaz é aquela que se situa ao nível da prevenção, o que se reveste de maior sentido quando essa intervenção se dirige ao desenvolvimento humano. Por todas estas razões, é urgente que a nível nacional seja criado um serviço eficaz de intervenção precoce, que se situe muito para além da função remediativa (das incapacidades do indivíduo) e se dirija às famílias que pelos mais variados motivos se apresentem vulneráveis e por conseguinte necessitem de apoio para desempenhar a sua legítima função de fornecer não só os cuidados primários mas também de ser potenciadora da optimização do desenvolvimento das suas crianças. Desta forma, parece-nos essencial que os programas de Intervenção Precoce surjam como forma de intervenção (Dunst, 1995) onde as redes de apoio social de carácter formal e informal se conjugam para proporcionar experiências e oportunidades às famílias e crianças que sejam susceptíveis de diminuir os efeitos do stress a que estão sujeitas, influenciando assim, tanto directa como indirectamente, o funcionamento da família e da criança.

Desta forma, tendo em conta a realidade do concelho no qual exerço a minha função de educadora de educação especial e onde não existe um programa efectivo de intervenção precoce mas existem outros programas de apoio, nomeadamente o programa que constitui o nosso objecto de estudo, pareceu-nos importante procurar perceber em que medida esse programa responde às necessidades das famílias, promovendo interações entre os membros da rede social (formal e informal) susceptíveis de fornecer experiências /oportunidades para fortalecer competências ou promover novas capacidades, influenciando positivamente o comportamento da família e consequentemente o desenvolvimento da criança.

## **2. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO**

Para percebermos em que medida o programa objecto do nosso estudo responde às necessidades das famílias para as quais é dirigido, sendo susceptível de fortalecer competências e promover novas capacidades, influenciando deste modo, positivamente, o comportamento das famílias e o desenvolvimento das crianças, levantamos as seguintes questões que se tornaram orientadoras da nossa investigação:

- 1- A equipa deste programa, integra profissionais de áreas diferentes com formação específica, ou seja é uma equipa transdisciplinar onde as famílias são incluídas e assumidas como parceiros activos no processo de intervenção?
  
- 2- O programa é claro quanto aos objectivos e conteúdos, é consistente pela sua intensidade e duração e é avaliado regularmente por todos os intervenientes de forma a assegurar a sua eficácia?
  
- 3- Este programa assenta na filosofia de apoio centrado na família (Dunst e col.), procura promover as competências específicas de cada família e responder às suas reais necessidades?

4- - Este programa reflecte uma estratégia de intervenção precoce que procura identificar e atenuar as fontes de stress de cada família em particular e faz articulação com outros serviços e recursos existentes na comunidade?

Para tentarmos encontrar as respostas a estas questões definimos a opção metodológica que se nos ofereceu a mais adequada, a qual apresentamos no capítulo seguinte.

### **3. FINALIDADE DO ESTUDO**

A finalidade deste estudo prende-se com as actuais orientações veiculadas pela investigação relativamente às práticas de Intervenção Precoce, as quais tendo em conta a família como um sistema, em que as interacções circulares afectam o comportamento dos seus elementos e por conseguinte o próprio sistema familiar, remetem para uma intervenção ao nível do agregado familiar, por esta ter mais impacto do que quando dirigida apenas às crianças.

O funcionamento familiar depende pois de inúmeras variáveis, entre as quais se encontram os factores de stress inerentes à estrutura familiar, identificados pelo programa que constitui o nosso objecto de estudo, que são a pobreza, o consumo de substâncias, a violência, as experiências de vida, os maus tratos e negligência das crianças. Para além destes, existem outros factores de stress, inerentes ao sistema de serviços e recursos de apoio formal e informal que se impõe que sejam convertidos em “mais-valias” onde as famílias podem recorrer para fortalecer as suas competências.

Neste sentido, surge a pertinência do apoio social, definido por Dunst et al (1988), como um recurso extra-familiar, que se revela de acentuada importância na satisfação das necessidades das famílias quando estas pelas mais diversas razões não podem contar com os recursos intra- familiares, ou seja com a energia dos elementos do seu próprio agregado.

Assim, enquadrando-se o programa que constitui o nosso objecto de estudo, nesta categoria de apoio social, entendemos ser útil compreender/reflectir as suas práticas de forma a perceber as suas repercussões nos sistemas familiares a quem se dirige.

#### **4. LIMITAÇÕES**

Uma das limitações deste estudo reporta-se à própria metodologia utilizada que apesar de ser a mais adequada à natureza do mesmo, encerra em si constrangimentos que temos de ter presentes na análise dos respectivos resultados. Com efeito, enquadrando-se o nosso estudo na investigação qualitativa, e sendo a comunicação do investigador com o seu campo de investigação, uma parte explícita deste processo, que se concretiza na entrevista como meio de recolha de dados, a subjectividade do “investigador” e “investigados” é inevitável, não obstante o cuidado nos procedimentos utilizados na recolha e tratamento da informação.

A dimensão da amostra, dado que não contempla a população total abrangida pelo programa, uma vez que nem todas as pessoas contactadas se disponibilizaram para fornecer os dados, é também impeditiva de se extrapolar conclusões.

Uma outra limitação prende-se ainda com o facto de os investigados, ao perceberem que a entrevista era gravada, apesar de todas as garantias de anonimato, se sentirem na obrigação de elogiar o programa, e os profissionais a ele ligados, tendo receio que as suas respostas menos abonatórias focando aspectos menos positivos, pudessem, eventualmente, ter consequências nefastas, que culminariam na sua desvinculação do programa.

## **CAPÍTULO II – MÉTODOS E PROCEDIMENTOS**

## **1. DEFINIÇÃO DA AMOSTRA**

### **1.1. Apresentação do Programa**

O programa que constitui o objecto do nosso estudo dirige-se à população residente de um bairro Camarário, do concelho de Paredes. Este projecto está inserido no programa de âmbito nacional “Ser Criança”. Promovido pela Câmara Municipal de Paredes, visa, numa perspectiva de prevenção e actuação precoce, a integração familiar e sócio educativa de crianças em risco de exclusão social e familiar, promovendo condições para o seu desenvolvimento pleno.

Este projecto surgiu do diagnóstico social elaborado pelos serviços desta autarquia, no Empreendimento Camarário de Cristelo (Edifício de Habitação Social), onde se encontraram situações de exclusão social graves e se tornava imperioso actuar.

A equipa deste projecto é constituída por uma equipa multidisciplinar, constituída por uma assistente social, uma psicóloga, uma educadora social e um assistente administrativo.

#### **Breve historial/antecedentes**

No Empreendimento Camarário de Cristelo residem 35 agregados familiares, oriundos de várias freguesias do concelho de Paredes. Estas famílias obtiveram, por parte do Instituto Nacional de Habitação (INH), a atribuição de uma habitação condigna, que reunia as condições de habitabilidade e salubridade, dado que, as suas habitações anteriores eram bastante degradadas.

Tendo sido elaborado um diagnóstico social detectou-se que parte desses agregados familiares evidenciavam problemáticas relacionadas com o desemprego, o consumo excessivo de álcool e/ou estupefacientes, a

prostituição, problemas do foro psíquico e psicológico, violência doméstica, entre outros.

Estas famílias, que constituem a população alvo deste projecto, necessitam de um acompanhamento para desenvolverem as suas competências parentais e domésticas, visto ter-se constatado, aquando de visitas domiciliárias, que as condições de higiene habitacional continuavam a ser precárias. É importante salientar que o grupo de crianças e jovens que vive no Empreendimento Camarário de Cristelo, para além de manifestar uma excessiva carência afectiva, possuía também, carências relacionadas com a alimentação, a inexistência de cuidados de higiene, sendo que alguns deles revelam problemas relacionados com o consumo de álcool. Existem, igualmente, graves problemas a nível do sucesso escolar, verificando-se dificuldades de aprendizagem em todas as crianças e jovens. Era notório o desfasamento existente entre a idade cronológica e o grau académico que frequentavam, bem como o absentismo escolar, provocado principalmente pela desmotivação face à aprendizagem e pelo desinteresse dos pais pelo percurso escolar dos seus filhos.

Estes factores alertaram-nos para a necessidade de criação de respostas sociais urgentes procurando contribuir para a reestruturação do modo de vida destas famílias, identificadas em situação de risco, com vista a aprofundar o vínculo bio-psico-social entre os filhos e a comunidade envolvente. Estas respostas estão a ser dadas através da implementação deste projecto.

### **Caracterização sucinta do projecto**

Este projecto possui um espaço onde as crianças e jovens do Empreendimento Camarário de Cristelo têm oportunidade de desenvolver as suas capacidades globais, com o intuito de se integrarem plenamente na sociedade. Esta necessidade surge na sequência do diagnóstico social elaborado no local e da constatação do estigma social a que estes jovens estavam sujeitos na sociedade. Deste modo, tornou-se necessário actuar:

Junto da população adulta:

- Promovendo sessões de esclarecimento sobre: Cuidados materno-infantis; Planeamento familiar; Cuidados de higiene (oral, corporal, do vestuário e da habitação); Alimentação; Educação para a Cidadania e Educação Ambiental.
- Acompanhamento de situações e encaminhamento, se necessário, para entidades competentes (gabinete de apoio)

Junto das crianças e jovens:

- Proporcionar um espaço lúdico-pedagógico;
- Proporcionar actividades desportivas, culturais e recreativas;
- Fomentar o gosto pela leitura (mini-biblioteca);
- Minorar limitações sócio-educativas;
- Minorar limitações pedagógicas, culturais e afectivas;

*Sessões de informação sobre:*

- Higiene (corporal, oral, vestuário e alimentação);
- Sexualidade;
- Alimentação;
- Ambiente
- Ocupação dos tempos livres;
- Noções de informática;
- Acompanhamento de situações e encaminhamento se necessário, para entidades competentes;
- Dinamizar a articulação com a escola;
- Atelier`s

**Com a implementação deste projecto pretende-se:**

- 1 – Adquirir competências parentais;
- 2 – Proporcionar aos adultos uma formação profissional/emprego (em parceria com o Clube de Emprego e o IEFPP), uma vez que a grande maioria não possui hábitos de trabalho regulares.
- 3 – Desenvolver comportamentos socialmente aceites, que permitam novas



experiências de relacionamento social;

4 – Ocupar os tempos livres das crianças e jovens;

6 – Promover alterações comportamentais junto das crianças e jovens, com vista a prevenir comportamentos desviantes;

7 – Desenvolver competências interpessoais;

8 – Desenvolver gostos culturais.

### **População a quem se dirige**

A população alvo deste Projecto é constituída essencialmente por 19 agregados familiares residentes no Empreendimento Camarário de Cristelo, pelo facto de evidenciarem um maior número de comportamentos de risco.

### **Parceiros envolvidos e forma de colaboração:**

#### **. *Comissão de Protecção de Crianças e Jovens***

- Priorização de casos sinalizados;
- Encaminhamento para respostas/equipamentos a implementar pelo Projecto;
- Articulação para estudos/acompanhamento de situações que envolvam menores em risco;
- Intercâmbio de experiências.

#### **. *IEFP – Centro de Emprego de Penafiel - Instituto Emprego e Formação Profissional***

- Apoio no âmbito geral das suas competências técnicas.

#### **. *Junta de Freguesia de Cristelo***

- Apoio no âmbito geral das suas competências técnicas;
- Disponibilização de recursos materiais (fotocopiador, computador, impressora).

#### **. *Agrupamento Vertical de Escolas de Cristelo***

- Identificação e Informação das situações de risco de que forem conhecedores.

**. APDIS – Associação para o Desenvolvimento Integral da Sobreira**

- Apoio no âmbito geral das suas competências;
- Disponibilização dos equipamentos da Associação.

**. Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Paredes**

- Apoio no âmbito geral das suas competências e dos técnicos que tem ao seu serviço;
- Disponibilização, de acordo com a capacidade de resposta, dos seus equipamentos.

**. Projecto de Luta Contra a Pobreza**

(Este programa encontra-se extinto, mas a Câmara Municipal de Paredes, no âmbito das actividades do Pelouro da Solidariedade Social, tem dado continuidade a esta parceria.)

- Apoio no âmbito de actuação da instituição e dos recursos humanos;
- Encaminhamento para tratamento dentário, psicológico, fisioterapêutico e de enfermagem; apoio em géneros alimentares; reconstrução de habitações degradadas; intercâmbio com o Cyber Café; apoio logístico e técnico; intercâmbio com o Clube de Emprego; Intercâmbio com o CAJ - Centro de Atendimento a Jovens para planeamento familiar e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

## **1.2. Apresentação dos Agregados familiares**

A população residente no bairro para a qual se dirige o programa, nosso objecto de estudo, é constituída por 35 famílias das quais 19 foram identificadas como beneficiárias preferenciais, no início da sua implementação. Da nossa amostra constam apenas 6, dado que nem todos os agregados familiares são constituídos por crianças pequenas e de entre as famílias “válidas” para o estudo, só estas se disponibilizaram para o fornecimento de

dados, apesar de termos utilizado a influência dos profissionais do programa para o estabelecimento do primeiro contacto.

De seguida apresentamos um quadro que pretende caracterizar os 6 agregados familiares, quanto à sua constituição:

| Agregado familiar | Elementos   | Idade          |
|-------------------|-------------|----------------|
| F1                | Mãe         | 35 anos        |
|                   | Pai         | 38 anos        |
|                   | Criança     | 7 anos         |
| F2                | Avó         | 67 anos        |
|                   | Avô         | 72 anos        |
|                   | Criança     | 3 anos         |
| F3                | Mãe         | 42 anos        |
|                   | Ex-marido   | 53 anos        |
|                   | Adolescente | 15 anos        |
|                   | Adolescente | 14 anos        |
|                   | Adolescente | 12 anos        |
|                   | Criança     | 10 anos        |
|                   | Criança     | 5 anos         |
| F4                | Mãe         | 28 anos        |
|                   | Pai         | 28 anos        |
|                   | Criança     | 12 anos        |
|                   | Criança     | 7 anos         |
| F5                | Mãe         | 36 anos        |
|                   | Pai         | 39 anos        |
|                   | Criança     | 12 anos        |
|                   | Criança     | 9 anos (gémea) |
|                   | Criança     | 9 anos (gémea) |
|                   | Criança     | 7 anos         |
| F6                | Avó         | 53 anos        |
|                   | Avô         | 49 anos        |
|                   | Criança     | 4 anos         |

Os elementos representativos do agregado familiar que se disponibilizaram para colaborar no nosso estudo, são mães e avós. A razão

desta situação, poderá estar no facto de por um lado, serem elas que contactam mais directamente com os profissionais e por outro, serem as prestadoras de cuidados mais próximas e significativas para as crianças.

## **2. INSTRUMENTOS**

Para encontrarmos as respostas às questões orientadoras do nosso estudo, utilizamos três instrumentos:

1- A entrevista semi-estruturada

2- Mapa da Rede de Apoio

(Adaptado de: Serrano, A.M., 2007)

3- Escala das Necessidades da Família

(Fonte: Dunst, C. J.; Trivette C.M. & Deal A.G. (1988); Tradução de Arlinda Rego Magalhães)

### **2.1. Entrevista**

Utilizamos a entrevista semi-estruturada, para a qual construímos um guião para os profissionais e outro para as famílias, com questões abertas de forma a permitir ao entrevistado a fluência do seu discurso, exprimindo-se com abertura sobre as suas percepções, os seus valores, ajudando assim à compreensão das nossas questões. Houve também o cuidado de orientar o discurso para os objectivos da entrevista, sempre que este se desviava das intenções da investigação, procurando o aprofundamento da informação. Fizeram-se também reformulações no sentido de clarificar os conteúdos que iam sendo abordados e contemplaram-se todas as questões que constavam do guião.

Os guiões foram construídos tendo subjacentes as questões orientadoras do nosso estudo, no sentido de recolher informação sobre as

características filosóficas, estruturais e funcionais do programa em análise. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas (anexo 2).

## **2.2. Mapa da Rede de Apoio**

2- Recolhemos informação junto dos representantes de cada família no sentido de que nos indicassem todos os seus contactos, o seu nível de apoio, ou mesmo os que eram geradores de stress. A partir destas informações, elaboramos um mapa da rede de apoio de cada família, no intuito de visualizar as suas fontes de apoio, a qualidade de apoio (ajuda muito, ajuda e causa stress) assim como o tipo de ajuda fornecido pelos elementos dessa rede. Consideramos as seguintes variáveis de apoio definidas por Walker et al. (1977, in Serrano, 2007): apoio emocional, serviços e ajuda material, manutenção de uma identidade social, informação diversa e acesso a novos contactos sociais.

## **2.3. Escala das Necessidades da Família**

Utilizamos a escala das Necessidades da Família ( anexo 3), com o intuito de percebermos quais as necessidades próprias que as famílias identificam como mais prementes assim como qual é a percepção dos profissionais acerca dessas mesmas necessidades.

Da escala constam 42 itens que traduzem, diferentes necessidades, e a cada elemento da família foi pedido que assinalasse (fazendo um círculo) em cada item o nível de ajuda ou assistência que considerasse adequado. Esses níveis estão hierarquizados do seguinte modo: (não aplicável, quase nunca, raramente, às vezes, muitas vezes, quase sempre).

Aos profissionais foi solicitado que assinalassem as necessidades, e respectivos níveis, que eles considerassem próprias daquelas famílias.

#### **2.4. Desenvolvimento do plano de acção**

Depois dos primeiros contactos e cumpridas as formalidades no que diz respeito ao pedido de autorização para a realização do nosso estudo à Câmara Municipal de Paredes, dado que é a entidade promotora do programa, e de nos ter sido concedida a respectiva permissão (anexo 1) estabelecemos um primeiro contacto com os profissionais que actualmente integram o programa, no sentido de lhe solicitar a sua colaboração. Estes disponibilizaram-se prontamente e foram agendadas as entrevistas com cada um deles conforme as respectivas disponibilidades. Solicitamos aos profissionais a sua mediação no sentido de pedir a colaboração das famílias para o estudo, tendo estes respondido positivamente pelo que as entrevistas com as famílias foram por si agendadas, conforme a disponibilidade de cada representante das famílias. Deslocamo-nos ao bairro nos dias marcados e efectuamos as referidas entrevistas, no espaço onde decorrem as actividades deste programa, as quais foram gravadas.

No final da entrevista o representante da família preencheu a escala das necessidades (depois de lhe ter sido dada a explicação de como devia fazer) e recolhemos informação acerca da sua rede de contactos (como era constituída, o nível de apoio, ou de stress, próprio de cada elemento dessa rede, e ainda o tipo de apoio que lhe era fornecido) tendo em vista a elaboração do mapa da rede de apoio de cada família.

Esta fase de recolha de dados decorreu entre Abril e Maio do ano corrente.

### **3. TRATAMENTO DE DADOS**

Após a transcrição de todas as entrevistas previamente gravadas, impunha-se o tratamento da informação recolhida, assim como também a necessidade de tratar e analisar a informação que nos é oferecida no

documento descritivo do programa que constitui o objecto do nosso estudo. Para tal, utilizamos a técnica de análise de conteúdo. Esta técnica permite-nos obter uma leitura generalizável, no sentido que permite ultrapassar a interpretação pessoal dando garantias que a mensagem é de igual modo interpretada por outros, ou seja, possibilita uma leitura mais objectiva da mensagem que nos foi transmitida e desta forma legitima a inferência a partir dela.

Assim, iniciamos a leitura global de toda a informação recolhida durante a qual nos fomos apercebendo da pertinência de unidades de registo, ou seja organizamos a informação em categorias às quais fizemos corresponder os conteúdos dos discursos dos profissionais e famílias e ainda o conteúdo do documento descritivo do programa, que lhe estavam associados.

Desta forma, definimos as categorias de análise comuns às entrevistas dos profissionais, às entrevistas das famílias e ao documento descritivo do programa, e introduzimos outras específicas de cada fonte de informação que se revelaram importantes no sentido de obtermos as respostas às nossas questões.

Das categorias comuns fazem parte:

- Organização /estruturação do programa
- Critérios de elegibilidade das famílias
- Relações profissionais/famílias
- Identificação e reforço de recursos
- Identificação das necessidades
- Nível de envolvimento das famílias

Na análise das entrevistas dos profissionais e do documento descritivo do programa foi ainda possível definir 2 categorias:

- Bases teórico-filosóficas
- Constituição da equipa

Dentro de algumas categorias foi ainda possível definir sub-categorias.

A categoria “organização/estruturação do programa” inclui as seguintes:

- Plano de acção

- Objectivos
- Individualizado/Dirigido ao grupo
- Intensidade/Duração
- Avaliação
- Registos
- População alvo

A categoria “ identificação e reforço dos recursos” inclui as sub-categorias:

- Formais
- Informais

Da codificação do conteúdo em categorias, sub-categorias, as referências que lhe estão associadas e respectiva frequência resultaram os Quadros que expomos no capítulo a seguir ( Apresentação dos Resultados).

No que se refere ao tratamento da informação recolhida através da Escala das Necessidades da Família, utilizamos o mesmo procedimento, a análise de conteúdo. Para organizarmos a informação e assim melhor percepcionarmos as necessidades essenciais identificadas pelas famílias e pelos profissionais, valorizamos apenas os 3 níveis mais elevados de intensidade da referida escala (Quase sempre; Muitas vezes e Às vezes) o que nos permitiu associar a cada uma delas as referências feitas pelos profissionais e pelas famílias, construindo um quadro -síntese e desta forma visualizar mais claramente as percepções dos dois grupos.

Da informação recolhida junto das famílias acerca dos elementos formais e informais que fazem parte da sua rede de contactos, a qualidade e o tipo de apoio recebido, elaboramos o mapa que nos permite visualizar a rede de apoio de cada família.



### **CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS**

## 1. APRESENTAÇÃO DE QUADROS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

Efectuamos a análise e interpretação dos dados recolhidos através das entrevistas, da escala das necessidades da família e da leitura do documento descritivo do programa, utilizando a metodologia de análise de conteúdo que tem como principal objectivo a construção de teoria através de um processo criativo de análise indutiva que implica reconhecer categorias nos dados, gerar ideias sobre elas e explorar o seu significado.

A análise de conteúdo constitui um método de investigação de natureza qualitativa e consiste” num conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores ( quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens” ( Bardin, 1997)

### 1.1.1. Análise de Conteúdo – Entrevistas aos Profissionais

| <b>Categoria</b>                     | <b>Sub-categoria</b> | <b>Referências</b>                               | <b>Nº de ocorrências</b> |
|--------------------------------------|----------------------|--|--------------------------|
| Organização/Estruturação do Programa | Plano de Acção       | “acompanhamento das famílias”                    | 1                        |
|                                      |                      | “encaminhamento para outro tipo de instituições” | 1                        |
|                                      |                      | “intervenção junto das crianças e jovens”        | 3                        |
|                                      |                      | “distribuição de alimentos”                      | 1                        |
|                                      |                      | “acções de formação”                             | 2                        |
|                                      |                      | “trabalhar com as famílias desestruturadas”      | 1                        |
|                                      |                      | “dar apoio às crianças”                          | 1                        |
|                                      |                      | “apoiar no estudo”                               | 1                        |
|                                      |                      | “dinâmicas de grupo com os adultos”              | 1                        |
|                                      |                      | “jogos didácticos”                               | 1                        |

|  |                                   |   |   |
|--|-----------------------------------|---|---|
| Organização/Estruturação do Programa   |                                   | "brinquedos para os mais pequenos"                          | 1 |
|  |                                   | "computadores"  | 1 |
|  |                                   | "lanche"  | 1 |
|  |                                   | "trabalhos manuais"   | 2 |
|  |                                   | "ouvir as pessoas"  | 2 |
|  |                                   | "ir à praia "   | 1 |
|  | Objectivos                        | "combate à exclusão social"                                 | 1 |
|  |                                   | "dar competências parentais"                                | 1 |
|  |                                   | "saber gerir comportamentos"                                | 1 |
|  |                                   | "ter regras sociais"  | 1 |
|  |                                   | "passar tempos livres de forma saudável"                    | 1 |
|  |                                   | "dar responsabilidades às crianças"                         | 1 |
|  |                                   | "dar uma pequena formação aos miúdos"                       | 1 |
|  |                                   | "relações interpessoais"                                    | 1 |
|  |                                   | "ensinar às senhoras coisas da vida diária";                | 1 |
|  |                                   | "ocupar os miúdos e as senhoras"                            | 1 |
|  | "ensinar os pais"                 |   |   |
|  | Individualizado/Dirigido ao Grupo | "dirigiu-se sempre ao grupo mais específico de 10 famílias" | 1 |
|  |                                   | "num caso fizemos uma intervenção específica com um miúdo"  | 1 |
|  |                                   | "por vezes é isoladamente"                                  | 1 |
| "tenta-se trabalhar individualmente mas é mais difícil porque têm vergonha de receber o apoio" |                                   | 1   |   |
| "cursos são abertos a toda a gente"  |                                   | 1   |   |
| "grupos de famílias"   |                                   | 1   |   |

|                                      |                     |   |   |
|--------------------------------------|---------------------|---|---|
| Organização/estruturação do programa |                     | “em equipa ou isoladamente, depende da situação”                                    | 1 |
|                                      |                     | “sempre em equipa, há uma articulação entre todas nós”                              | 1 |
|                                      | Intensidade/Duração | “depende dos casos”   | 1 |
|                                      |                     | “houve uma fase que íamos diariamente”  | 1 |
|                                      |                     | “funcionava diariamente, agora nem sempre estamos abertos”                          | 1 |
|                                      |                     | “há dias determinados onde as famílias frequentam os cursos, as dinâmicas de grupo” | 1 |
|                                      |                     | “ todos os dias estamos com as senhoras”  | 1 |
|                                      | Registos            | “registamos a evolução da família”;   | 1 |
|                                      |                     | “há relatórios”;  | 1 |
|                                      |                     | “existem registos do que se vai fazendo, feitos pelos técnicos da equipa”           | 1 |
|                                      |                     | “de vez em quando conforme a necessidade”;  | 1 |
|                                      |                     | “somos obrigadas a fazer relatório e a doutora fica com os registos”;               | 1 |
|                                      | Avaliação           | “reuniões semanais da equipa ( profissionais)”                                      | 1 |
|                                      |                     | “as coisas vão-se avaliando conforme vão decorrendo”                                | 1 |
|                                      |                     | “quando há problemas, nós (técnicas operacionais), damos conhecimento à psicóloga”  | 1 |
|                                      |                     | “de vez em quando conforme a necessidade”   | 1 |

|                                      |                |  |   |
|--------------------------------------|----------------|--|---|
| Organização/Estruturação do Programa | População Alvo | “ 35 famílias do empreendimento camarário em geral”  | 3 |
|                                      |                | “mais especificamente 10 ou 12 famílias”   | 1 |
|                                      |                | “crianças e jovens dos 4/5 anos aos 18 anos”   | 1 |
| Bases teórico-filosóficas            |                | “combate à exclusão social”  | 1 |
|                                      |                | “apoio psico-social”   | 1 |
| Constituição da Equipa               |                | “2 psicólogas, uma técnica operacional (sem formação específica) e uma auxiliar operacional (sem formação específica)” | 4 |
| Relações Profissionais/Famílias      |                | “disponibilidade dos profissionais”  | 1 |
|                                      |                | “ensinar os pais”  |   |
|                                      |                | “elege-se o profissional que tiver mais disponibilidade de horário”  | 1 |
|                                      |                | “as pessoas são abertas e confiam nos técnicos”  | 1 |
|                                      |                | “algumas são mais resistentes”   |   |
|                                      |                | “não há barreiras”   |   |
|                                      |                | “se a gente chama a atenção ainda ficam magoadas, não podemos dizer nada”  | 1 |
|                                      |                | “ela (família) pede-nos ajuda”   | 1 |
|                                      |                | “estamos ( profissionais) ao   | 1 |

|                                     |           |  |   |
|-------------------------------------|-----------|--|---|
| Relações Profissionais/Famílias     |           | dispor deles”  |   |
|                                     |           | “às vezes existem barreiras à comunicação”                                   | 1 |
|                                     |           | “as pessoas não ouvem nem compreendem”                                       | 1 |
|                                     |           | “os jovens sentem aquilo como deles”   | 1 |
| Identificação e Reforço de Recursos | Formais   | “autarquia“  | 1 |
|                                     |           | “segurança social”   | 1 |
|                                     |           | “escola”   | 2 |
|                                     |           | “enfermeira”   | 1 |
|                                     |           | “centro psicopedagógico”   | 1 |
|                                     |           | “ CPCJ”  | 1 |
|                                     | Informais | “ Hipermercado”  | 1 |
|                                     |           | “ AMI”   | 1 |
|                                     |           | “pessoas individuais oferecem roupa”   | 1 |
| Identificação das Necessidades      |           | “pela nossa intervenção diária, percebemos os constrangimentos que eles têm” | 3 |
|                                     |           | “ pela observação dos técnicos”  | 4 |
|                                     |           | “ pelas conversas que vamos tendo diariamente”                               | 1 |
|                                     |           | “ pelos vizinhos”  | 1 |
|                                     |           | “ nós vamos observando”  | 1 |
|                                     |           | “ a gente vê as necessidades delas”  | 1 |
|                                     |           | “notamos pelos miúdos a emagrecer dia para dia”                              | 1 |
|                                     |           | “nas reuniões semanais ( técnicos) fazemos o diagnóstico e o projecto        | 1 |

|   |   |   |
|---|---|---|
|   | para cada família”  |   |
| Critérios de Elegibilidade das Famílias | “desemprego”  | 1 |
|   | “número de pessoas do agregado familiar”  | 1 |
|   | “exclusão social”   | 1 |
|   | “pelas necessidades que vamos constatando”                                      | 1 |
|   | “ tentamos trazer as pessoas que têm mais necessidade”                          | 1 |
|   | “ conforme a lista elaborada pelas psicólogas nós distribuímos os alimentos”    | 1 |
|   | “falta de bens essenciais”  | 1 |
| Nível de Envolvimento das Famílias      | “ a equipa (de profissionais) faz o diagnóstico e o projecto para cada família” | 1 |
|   | “ a família era sempre consultada”  | 1 |
|   | “ nessas reuniões (avaliação) as famílias não participam”                       | 1 |
|   | “ os técnicos estabelecem os objectivos e as prioridades de intervenção”        | 1 |
|   | “ eles são seleccionados”   | 1 |
|   | “ as psicólogas é que dizem”  | 1 |

**1.1.2. Análise de Conteúdo – Entrevistas às Famílias**

| <b>Categoria</b>                     | <b>Sub-categoria</b>                                     | <b>Referências</b>  | <b>Nº de ocorrências</b> |
|--------------------------------------|--|---|--------------------------|
| Organização/Estruturação do Programa | Plano de Acção/<br>População Alvo                        | “ quando há algum trabalhito eu participo”  | 1                        |
|                                      |  | “ a minha filha, quando não tem aulas”  | 1                        |
|                                      |  | “o meu neto, é uma distracção para ele”   | 1                        |
|                                      |  | “os meus filhos vêm para aqui”  | 1                        |
|                                      |  | “ as crianças”  | 1                        |
|                                      |  | “andei a fazer uns cursos”  | 1                        |
|                                      |  | “as crianças, aqui podem aprender coisas novas”   | 1                        |
|                                      |  | “vou fazendo uns trabalhitos”   | 1                        |
|                                      |  | “ já fiz 2 cursos”  | 1                        |
|                                      |  | “ a gente fala um bocadito, faz trabalhos manuais”  | 1                        |
|                                      |  | “andam a fazer tapetes e eu até gostava mas agora não posso, tenho muita dificuldade na vida” | 1                        |
|                                      |  | “ Eu e o meu neto, a gente aprende e o meu neto brinca com as coisas que aqui tem”            | 1                        |
|                                      |  | “já frequentei um curso e gostei”   | 1                        |
|                                      | “fazemos tapetes, convívios e as crianças aqui connosco” | 1   |                          |
|                                      | Intensidade/Duração                                      | “ frequenta todos os dias depois das aulas”   | 1                        |
| “já ando aqui há uns meses”          |  | 1   |                          |
| “quase todas as tardes”              |  | 1   |                          |



|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| Organização/Estruturação do Programa    |  | “desde que abriu, para aí há uns 8 anos”  | 1 |
|   |  | “ ultimamente nem sempre está aberto”   | 1 |
|   |  | “ desde que abriu”  | 1 |
|   |  | “quase todos os dias”   | 1 |
|   |  | “ venho para aqui há 7 anos”  | 1 |
|   | O que deveria ser melhorado  | “ pôr alguém responsável no bairro para evitar as confusões e a falta de limpeza” | 1 |
|   |  | “tomara a gente mais ajuda” (económica)   | 1 |
|   |  | “ profissionais com habilitações para ajudar as crianças na escola”               | 1 |
|   |  | “ devia haver uma pessoa que impusesse mais ordem”                                | 1 |
|   |  | “conforme está, está bem”   | 1 |
|   |  | “ está bem assim”   | 1 |
| Critérios de Elegibilidade das Famílias | “ a menina disse, se quiser ter assim um tapete, vem para aqui e aprende a fazer e a partir daí comecei a vir” | 1   |   |
|   | “nós viemos aqui inscrever-nos, logo que abriu”  | 1   |   |
|   | “através de pessoas amigas”  | 1   |   |
|   | “ vim inscrever-me”  | 1   |   |
|   | “ convidaram-me e eu vim”  | 1   |   |
| Relações Profissionais/Famílias         | “gosto de todas elas, porque são simpáticas”   | 2   |   |
|   | “ dou-me bem com todas”  | 2   |   |
|   | “ gostava da psicóloga que ajudava as crianças na escola”  | 1   |   |
|   | “ gostava das doutoras que ensinavam as crianças”  | 1   |   |

|   |   |   |
|---|---|---|
| Relações Profissionais/Famílias                       | “ as funcionárias são ótimas”   | 1 |
|   | “ são boas as relações”   | 1 |
|   | “ elas sabem mais ou menos os problemas da gente”                                     | 1 |
|   | “às vezes digo alguma coisa, mas a gente não pode abrir tudo”                         | 1 |
|   | “elas estão sempre ao dispor”   | 1 |
|   | “ às vezes a gente desabafa um bocadito”  | 1 |
| Identificação e reforço de recursos Formais/Informais | “ levaram-me a Paredes e resolveram tudo”   | 1 |
|   | “não”   | 5 |
| Identificação das necessidades                        | “a minha filha precisa deste espaço”  | 1 |
|   | “elas ajudaram-me e resolveram-me o problema”   | 1 |
|   | “ eu desabafava com elas”   | 1 |
|   | “ quando dão alguma coisa já é uma ajuda”   | 1 |
|   | “ajuda a passar o tempo”  | 1 |
|   | “nem por isso”  | 2 |
|   | “não”   | 4 |
|   | “ as duas doutoras tinham interesse, ensinavam como estar e algumas coisas da escola” | 1 |
|   | “nunca precisei”  | 1 |
|   | “ os meus problemas, tenho  | 1 |

|                                    |   |   |
|------------------------------------|---|---|
| Identificação das necessidades     | que ser eu a resolvê-los”   |   |
|                                    | “ deram-me roupa”   | 1 |
|                                    | “ quando me falta alguma coisa, eu não vou pedir nada a ninguém, passo sem ela” | 1 |
|                                    | “ aprendi umas coisas de planeamento familiar”                                  |   |
| Nível de envolvimento das famílias | “já tenho falado várias vezes”  | 1 |
|                                    | “digo o que preciso”  | 1 |
|                                    | “matamos aqui o tempo”  | 2 |
|                                    | “está cá muita gente, é muito barulho e eu quase que não venho cá”              | 1 |
|                                    | “aprendi alguma coisa”  | 3 |
|                                    | “duas horitas de recreio”   | 1 |
|                                    | “fazemos uns trabalhitos”   | 3 |

### **1.1.3. Análise de Conteúdo - Documento Descritivo do Programa em Estudo**

| <b>Categoria</b>                     | <b>Sub-categoria</b> | <b>Referências</b>  | <b>Nº de ocorrências</b> |
|--------------------------------------|----------------------|---|--------------------------|
| Organização/Estruturação do Programa | Plano de Acção       | “sessões de esclarecimento”   | 1                        |
|                                      |                      | “acções de formação/ateliers”   | 1                        |
|                                      |                      | “proporcionar um espaço lúdico-pedagógico”  | 1                        |
|                                      |                      | “proporcionar actividades desportivas, culturais e recreativas”   | 1                        |
|                                      |                      | “noções de informática”   | 1                        |
|                                      |                      | “acompanhamento de situações e encaminhamento se necessário para entidades competentes”                   | 1                        |
|                                      |                      | “dinamizar a articulação com a escola”  | 1                        |
|                                      | Objectivos           | “adquirir competências parentais”   | 1                        |
|                                      |                      | “proporcionar formação profissional/emprego”  | 1                        |
|                                      |                      | “fomentar o gosto pela leitura (mini-biblioteca)”   | 1                        |
|                                      |                      | “minorar limitações sócio-educativas”   | 1                        |
|                                      |                      | “minorar limitações pedagógicas, culturais e afectivas”   | 1                        |
|                                      |                      | “desenvolver comportamentos socialmente aceites que permitam novas experiências de relacionamento social” | 1                        |

|  |                                   |  |   |
|--|-----------------------------------|--|---|
|  |                                   | “ocupar os tempos livres das crianças e jovens”  | 1 |
|  |                                   | “promover alterações comportamentais junto das crianças e jovens, com vista a prevenir comportamentos desviantes”                              | 1 |
|  |                                   | “desenvolver competências interpessoais”   | 1 |
|  |                                   | “desenvolver gostos culturais”   | 1 |
|  | Individualizado/Dirigido ao Grupo | “famílias... necessitam de acompanhamento para desenvolver as suas competências”   | 1 |
|  |                                   | “sessões de esclarecimento, sessões de informação, ateliers”   | 1 |
|  |                                   | “acompanhamento de situações e encaminhamento se necessário para entidades competentes”  | 1 |
|  | População Alvo                    | “19 agregados familiares residentes no empreendimento Camarário de Cristelo”   | 1 |
|  | Bases teórico-filosóficas         | “reestruturação do modo de vida destas famílias...com vista a aprofundar o vínculo bio-psico-social entre os filhos e a comunidade envolvente” | 1 |
|  | Constituição da Equipa            | “equipa multidisciplinar: 1 assistente social, 1 psicóloga, 1 educadora  | 1 |

|   |           |  |    |
|---|-----------|--|----|
|   |           | social, 1 assistente administrativo”   |    |
| Identificação e Reforço de Recursos     | Formais   | “CPCJ”   | 1  |
|   |           | “IEFP- Centro de Emprego de Penafiel”  | 1  |
|   |           | “Junta de Freguesia de Cristelo”   | 1  |
|   |           | “agrupamento de Escolas de Cristelo”   | 11 |
|   |           | “ Santa Casa Misericórdia de Paredes”  | 1  |
|   | Informais | “APDIS”- Associação para o Desenvolvimento da Sobreira   | 1  |
|   |           | “Projecto de Luta Contra a Pobreza”  | 1  |
| Identificação das Necessidades          |           | “elaborou-se um diagnóstico social e detectou-se ...problemáticas relacionadas com o desemprego, o consumo excessivo de álcool e/ou estupefacientes, prostituição, problemas de foro psíquico e psicológico, violência doméstica entre outros” | 1  |
| Critérios de Elegibilidade das Famílias |           | “ 19 agregados....pelo facto de evidenciarem um maior numero de comportamentos de risco”   | 1  |

#### **1.1.4. Análise Descritiva**

Fazemos agora uma análise comparativa da informação recolhida nas três fontes (documento descritivo do programa, entrevistas dos profissionais e entrevistas das famílias) organizando-a em função das categorias definidas.

Assim, concentrando-nos na categoria “Organização/Estruturação do programa” passamos a analisar a sub-categoria “Plano de acção”, constatando o seguinte:

- Todas as fontes indicam duas vertentes no plano de acção: intervenção dirigida às famílias e intervenção directa com as crianças.

- Verificamos ainda que o documento descritivo do programa e os profissionais contemplam na sua acção o encaminhamento para outros serviços/recursos.

Por sua vez, os representantes das famílias não identificam este tipo de apoio. Se analisarmos a categoria “Identificação e reforço de recursos” verificamos que o documento descritivo do programa e os profissionais fazem referência a instituições e entidades no domínio do apoio formal e informal, não referindo os eventuais apoios informais referentes às pessoas (a título individual, não organizadas em associações) que fazem parte das redes de contacto e os representantes das famílias claramente referem que não usufruem deste tipo de apoio.

- No que se refere à sub-categoria “Objectivos”, verificamos que o documento descritivo do programa, as entrevistas dos profissionais e das famílias focam aspectos comuns: desenvolver as competências parentais e competências das crianças/jovens na dimensão social -cultural e académica. Os representantes das famílias por sua vez, referem que elas próprias e as crianças “aprendem alguma coisa” com o apoio que lhes é proporcionado por este programa.

- Quanto à sub-categoria “ Individualizado/ Dirigido ao Grupo” , a análise do documento descritivo e das entrevistas dos profissionais referem a intervenção em grupo (acções de formação abertas a toda a população adulta do bairro e

actividades diárias realizadas no espaço existente para o efeito, dirigidas a todos os interessados, adultos e crianças) e a intervenção individualizada sempre que surja algum problema que o justifique (por exemplo o acompanhamento da situação de um jovem consumidor de drogas)

Na análise das entrevistas das famílias, apesar desta sub-categoria não estar explícita, podemos constatar que estas no plano de acção do programa referem apenas actividades dirigidas ao grupo (acções de formação e actividades realizadas no âmbito da ocupação dos tempos livres)

- Na sub-categoria “intensidade e duração” verificamos que este programa desenvolve-se há cerca de seis anos e que o espaço do bairro destinado às actividades para adultos ( mães e avós) e crianças abre diariamente com as técnicas operacionais, excepto quando por vezes estas são requisitadas para outras funções fora do âmbito do programa. A intervenção das psicólogas, não é tão assídua, reservando-se para as situações que requeiram uma intervenção mais especializada.

- Nas sub-categorias “registos e” avaliação” constatamos que o documento não faz referência a estes aspectos. Os profissionais apontam registos da evolução da família, registos da intervenção “que se vai fazendo” e relatórios (elaborados pelas técnicas operacionais) para dar conhecimento aos outros profissionais. Quanto á avaliação, uns profissionais referem reuniões semanais (as famílias não participam dessas reuniões), por outro diz-se que se vai avaliando conforme as coisas vão decorrendo. É de referir que as famílias quando inquiridas sobre os aspectos do programa que gostariam de ver melhorados referiram os seguintes: segurança e limpeza do bairro, profissionais com habilitações para ajudar as crianças nos conteúdos académicos e mais ajuda económica.

Na categoria “bases teórico-filosóficas “ o documento descritivo do programa refere a “reestruturação do modo de vida das famílias...com vista a aprofundar o vinculo bio-psico-social, entre os filhos e a comunidade envolvente” e os profissionais referem o “combate à exclusão social e o apoio psico-social”.



- Na categoria “constituição da equipa” constatamos que ela sofreu alterações. No início da implementação do programa era constituída por 1 psicóloga, 1 educadora social, 1 assistente social e 1 assistente administrativo, sendo presentemente constituída por duas psicólogas e duas técnicas operacionais (sem formação específica).

- No que diz respeito à categoria “Relações entre Profissionais e Famílias” os profissionais referem a sua disponibilidade para os ouvir, a confiança das pessoas nos técnicos, alguns consideram que “não há barreiras à comunicação”, outros consideram que algumas famílias são “mais resistentes, não compreendem, não podem dizer nada para não as magoar”. Os profissionais indicam ainda o seu papel de ensinar os pais e constatamos também que o processo de elegibilidade do profissional para o acompanhamento de uma família em particular, passa pela disponibilidade de horário desse mesmo técnico. As famílias referem que têm boas relações, “desabafam” os seus problemas com os técnicos, no entanto há famílias que manifestam a sua preferência por outros com quem já tiveram contacto pois davam mais apoio às crianças nas tarefas escolares.

- Na categoria nível de “envolvimento das famílias” constatamos que o documento descritivo do programa não faz referência a este aspecto, os profissionais referem que a equipa (de profissionais) faz o diagnóstico, a selecção das famílias e o projecto de intervenção, tendo um profissional referido que a “família é sempre consultada”. Por sua vez as famílias na sua maioria enfatizam neste apoio as actividades que realizam, ou o tempo que passam na companhia das técnicas operacionais, no espaço do bairro, aberto diariamente. Há famílias que sublinham ainda outro aspecto que é a possibilidade de “dizerem o que precisam”, no sentido de pedir apoio a nível económico.

- No que diz respeito à categoria “identificação das necessidades da família” para além da análise do documento descritivo do programa e das entrevistas

utilizamos ainda outro instrumento - A Escala das Necessidades da Família (Dunst, 1988), cujo Quadro - Síntese passamos a apresentar:

**1.2.Quadro Síntese – Necessidades Identificadas por Profissionais e Famílias**

*(Escala das Necessidades da Família, Dunst, 1988)*

| Necessidades   | Profissionais  |              |          |       | Famílias       |              |          |       |
|--|----------------|--------------|----------|-------|----------------|--------------|----------|-------|
|  | Quas e sem pre | Muitas vezes | Às vezes | Total | Quas e sem pre | Muitas vezes | Às vezes | Total |
| Ter dinheiro para as minhas necessidades e para pagar as contas        | 3              | 1            |          | 4     | 5              | 1            |          | 6     |
| Dinheiro para pagar as necessidades da minha criança                   | 1              | 2            | 1        | 4     | 2              | 4            |          | 6     |
| Guardar dinheiro para o futuro   | 1              |              |          | 1     | 2              | 4            |          | 6     |
| Ter comida para duas refeições para a minha família                    | 1              | 3            |          | 4     |                | 3            | 2        | 5     |
| Alimentar a minha criança  | 1              | 2            | 1        | 4     |                | 4            |          | 4     |
| Ter água canalizada, luz e aquecimento                                 | 1              |              |          | 1     |                |              |          | 0     |
| Conseguir ir onde preciso  | 1              |              |          | 1     |                |              |          | 0     |
| Gerir o dinheiro   | 2              | 2            |          | 4     | 2              | 3            | 1        | 6     |
| Fazer coisas que eu gosto  | 1              |              | 1        | 2     | 1              |              |          | 1     |
| Fazer coisas com a minha família                                       |                |              |          |       |                | 3            |          | 3     |
| Acabamento de trabalhos domésticos, reparações e melhoramentos na casa | 1              | 2            |          | 3     |                | 2            | 2        | 4     |
| Obter um trabalho  |                |              |          | 0     | 2              |              | 1        | 3     |
| Ter satisfação com o trabalho  |                |              |          | 0     |                | 1            |          | 1     |
| Planear um futuro para a minha criança                                 |                |              |          | 0     |                | 2            |          | 2     |
| Conseguir ir onde preciso  |                |              |          | 0     |                | 1            |          | 1     |
| Expandir a minha educação  |                |              |          | 0     |                | 2            |          | 2     |
| Viajar/passar férias com a minha criança                               |                |              |          | 0     |                | 3            |          | 3     |
| Ter água canalizada, luz e aquecimento                                 |                | 1            |          | 1     |                | 1            |          | 1     |
| Ter alguém com quem falar  |                | 1            |          | 1     |                | 1            |          | 1     |
| Conseguir contactar com pessoas com                                    |                | 1            | 2        | 3     |                |              |          | 0     |

|   |  |   |   |   |  |   |   |   |
|---|--|---|---|---|--|---|---|---|
| quem eu necessito de falar  |  |   |   |   |  |   |   |   |
| Ter alguém com quem falar   |  | 1 |   | 1 |  |   |   | 0 |
| Ter os cuidados médicos e dentários para a minha família              |  | 1 | 1 | 2 |  |   | 1 | 1 |
| Gerir as necessidades diárias da minha criança em casa                |  | 1 | 1 | 2 |  | 2 |   | 2 |
| Ter quem fique com a minha criança nas emergências                    |  | 1 | 1 | 2 |  | 2 |   | 2 |
| Obter mobiliário, roupa e brinquedos                                  |  | 1 | 2 | 3 |  | 3 | 3 | 6 |
| Expandir a minha educação, capacidades e interesses                   |  |   |   |   |  | 1 |   |   |
| Alimentar a minha criança   |  |   |   | 0 |  |   | 2 | 2 |
| Conseguir ir onde preciso   |  |   | 1 | 1 |  |   | 1 | 1 |
| Encontrar alguém para falar acerca da minha criança                   |  |   | 2 | 2 |  |   |   | 0 |
| Encontrar cuidados médicos e dentários especiais para a minha criança |  |   | 1 | 1 |  |   |   | 0 |
| Planear necessidades de saúde para o futuro                           |  |   | 2 | 2 |  |   |   | 0 |
| Transportar a minha criança   |  |   | 1 | 1 |  |   |   | 0 |
| Ter tempo para cuidar de mim mesmo                                    |  |   | 1 | 1 |  |   | 1 | 1 |
| Expandir a minha educação, capacidades e interesses                   |  |   | 1 | 1 |  |   |   | 0 |
| Fazer coisas com a minha família                                      |  |   | 1 | 1 |  |   |   | 0 |
| Planear um futuro com a minha criança                                 |  |   |   |   |  |   | 1 | 1 |
| Ter cuidados de saúde para uma emergência                             |  |   |   |   |  |   | 1 | 1 |

### **1.2.1. Análise Descritiva – Necessidades Identificadas**

Pela análise deste Quadro-síntese constatamos que todos os profissionais e famílias identificam necessidades de ordem material, concretamente, dinheiro, alimentação, vestuário, mobiliário, brinquedos.

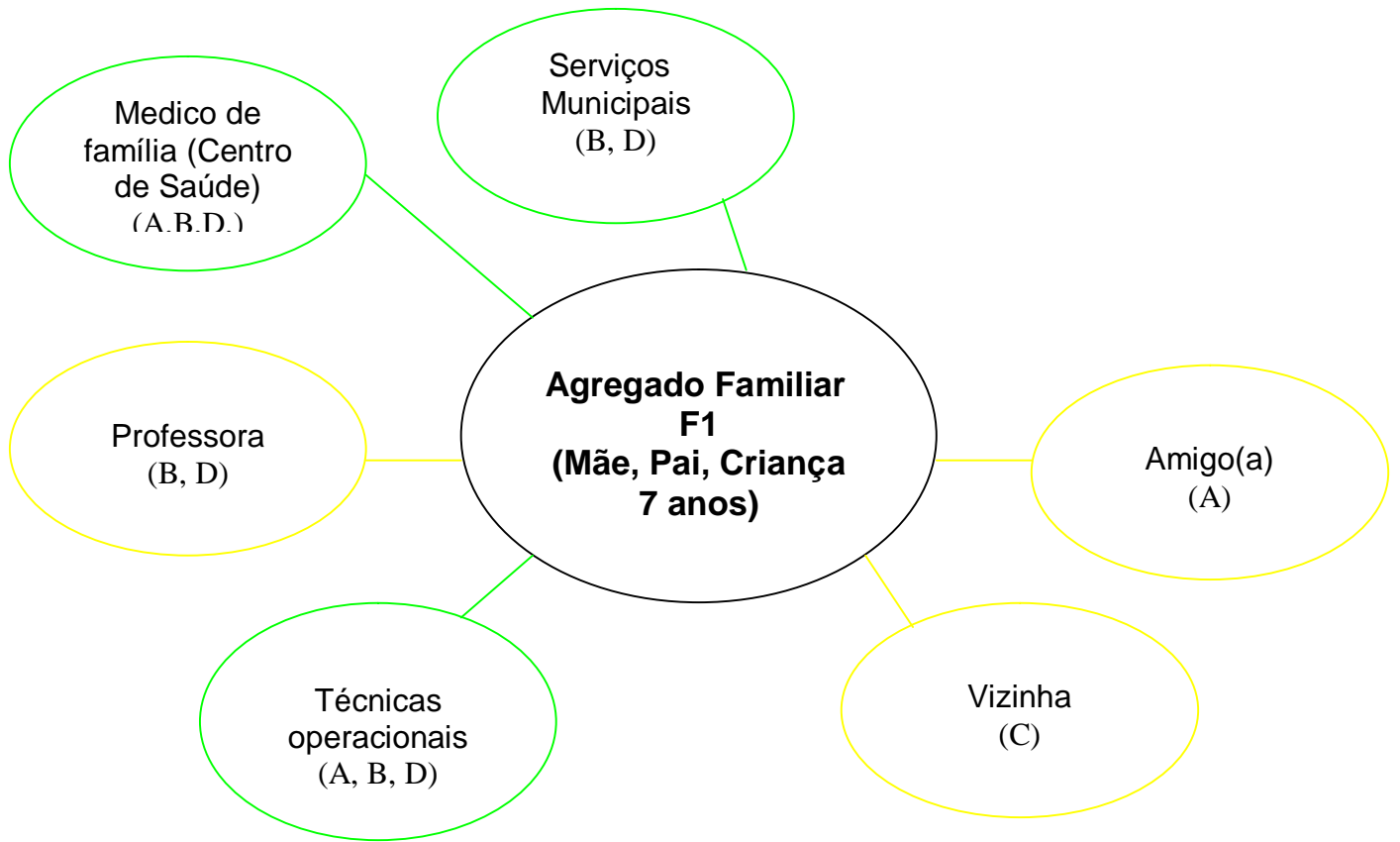
Verificamos que metade das famílias identificam as necessidades de obter um trabalho e viajar/passar férias com as suas crianças e por sua vez os profissionais não as identificam.

Alguns profissionais identificam como necessidade das famílias encontrar alguém para falar acerca das crianças e planear necessidades de saúde para o futuro, no entanto estas não são identificadas pelas famílias.

Pela análise de conteúdo do documento descritivo do programa constatamos que as necessidades foram identificadas a partir do diagnóstico social elaborado, tendo-se detectado problemáticas relacionadas com o desemprego, o consumo excessivo de álcool e ou/ estupefacientes, prostituição, problemas de foro psíquico e psicológico e violência doméstica. Através das entrevistas dos profissionais verificamos que elas são identificadas pela observação dos técnicos e pelas conversas que vão tendo com as pessoas e que nas reuniões semanais (apenas dos técnicos) se elabora o diagnóstico e o projecto de intervenção para cada família. Por seu lado, a maioria das famílias consideram que o programa não responde às suas necessidades, outras referem que a ajuda material que recebem apesar de não ser suficiente já é importante. Algumas famílias mencionam que as crianças precisam deste espaço e que este programa ajuda os adultos a passar o tempo e com ele aprendem alguma coisa.

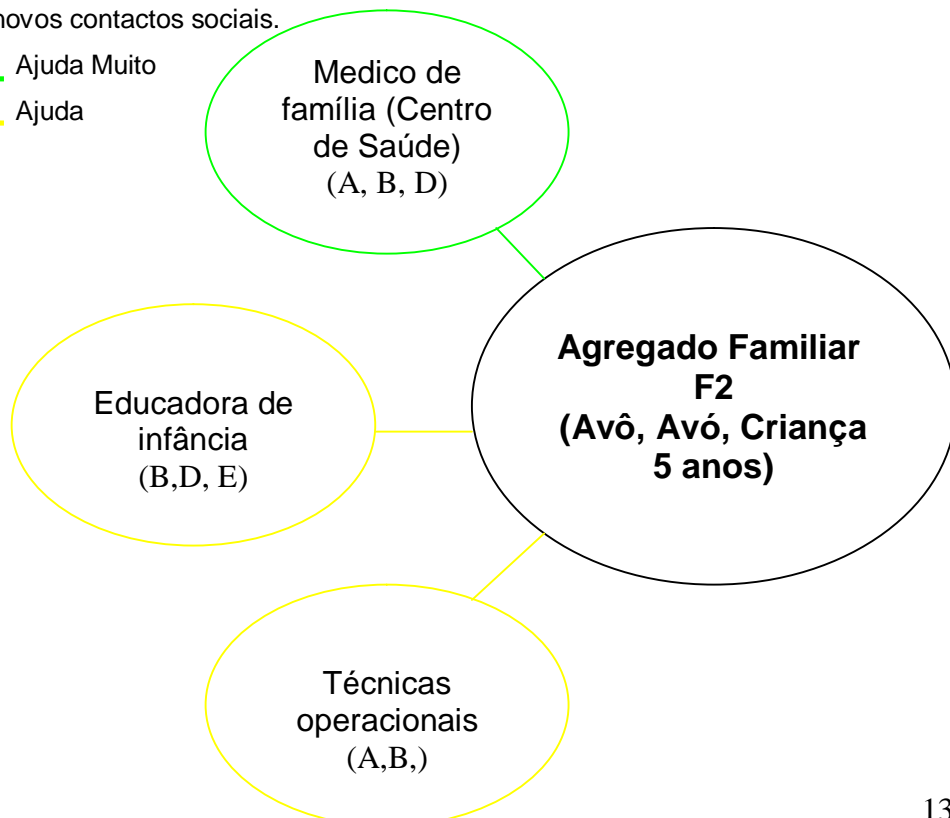
Apresentamos de seguida o mapa da rede de apoio de cada família (adaptado de Serrano, 2007), a fim de nos facultar a percepção das fontes, da qualidade e do tipo de apoio próprios de cada agregado familiar.

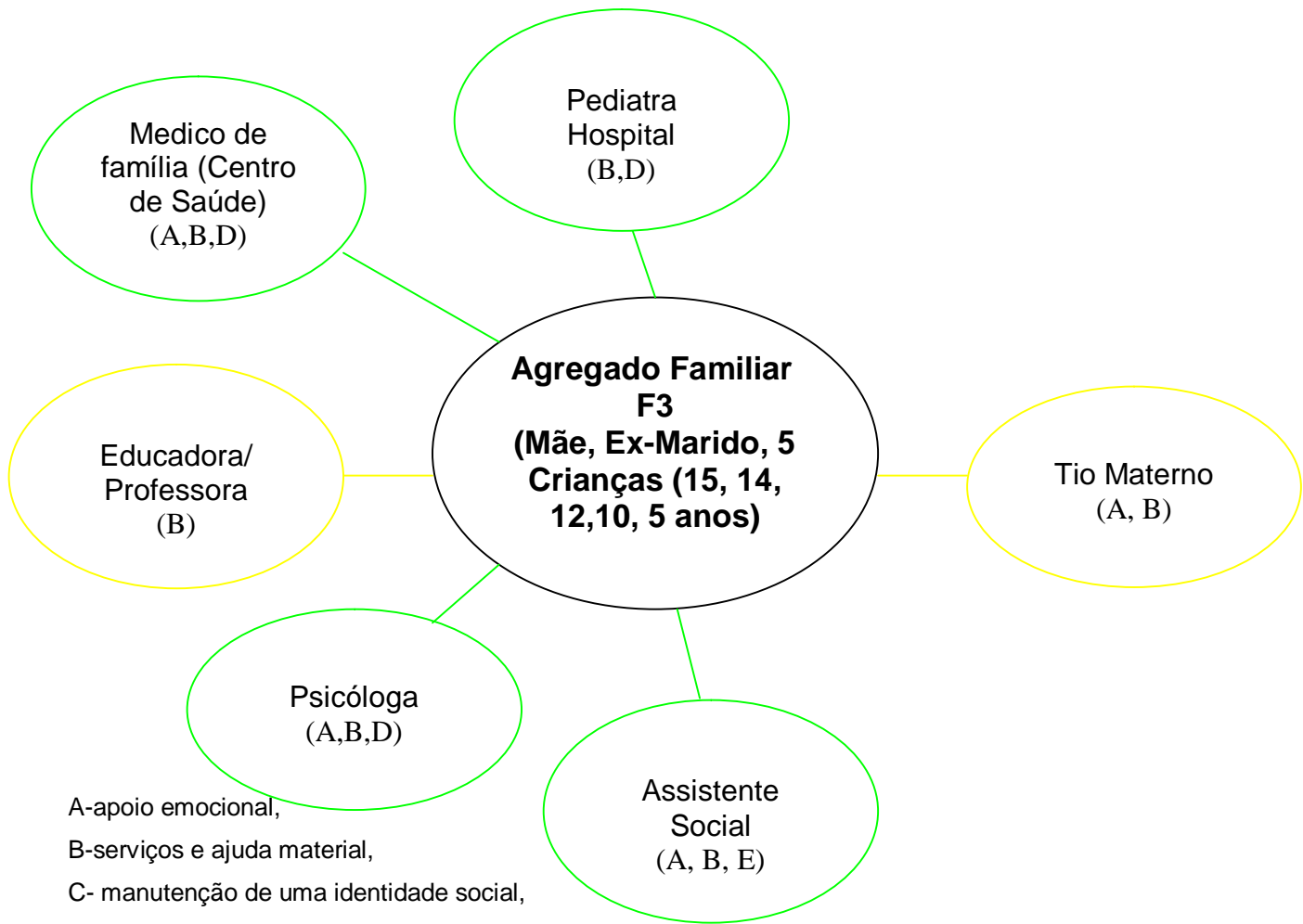
**2. MAPA DA REDE DE APOIO (ADAPTADO DE SERRANO A. M., 2007)**



- A-apoio emocional,
- B-serviços e ajuda material,
- C- manutenção de uma identidade social,
- D- informação diversa
- E- acesso a novos contactos sociais.

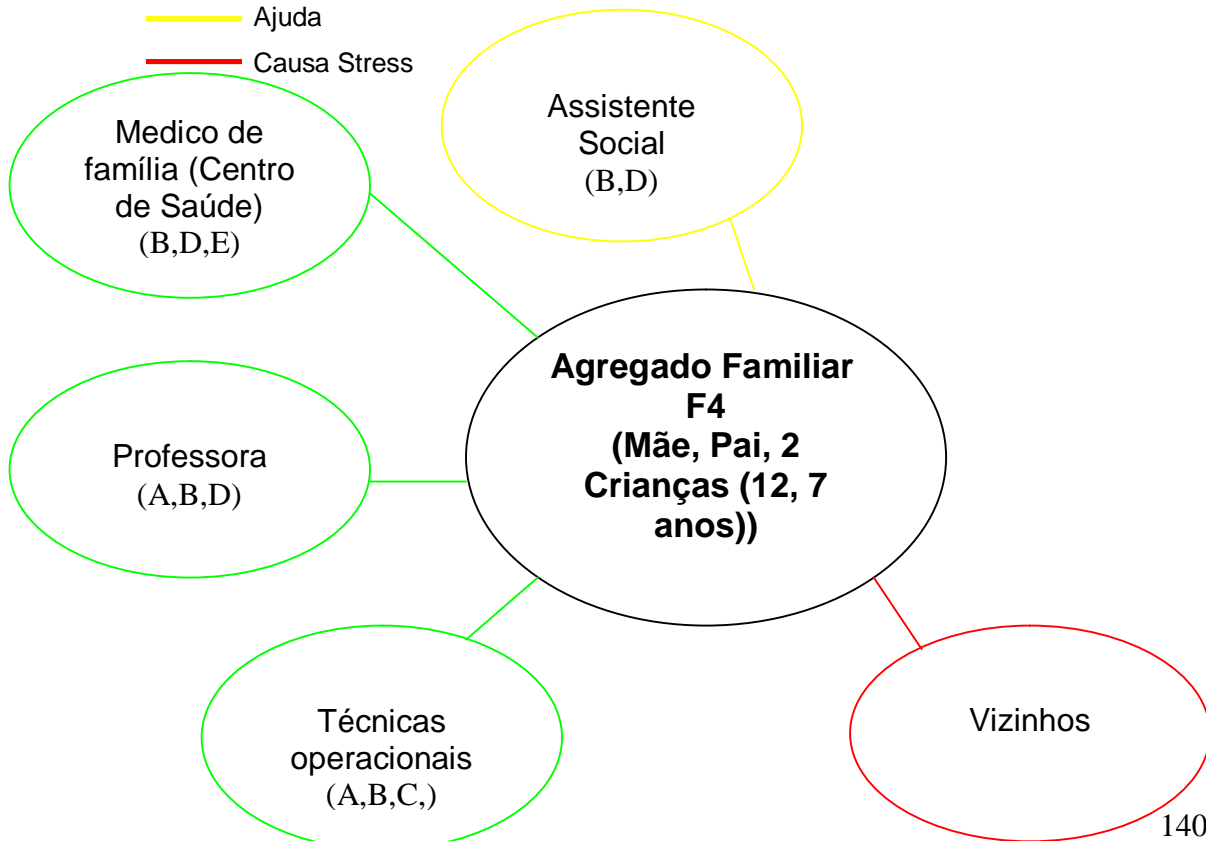
— Ajuda Muito  
 — Ajuda

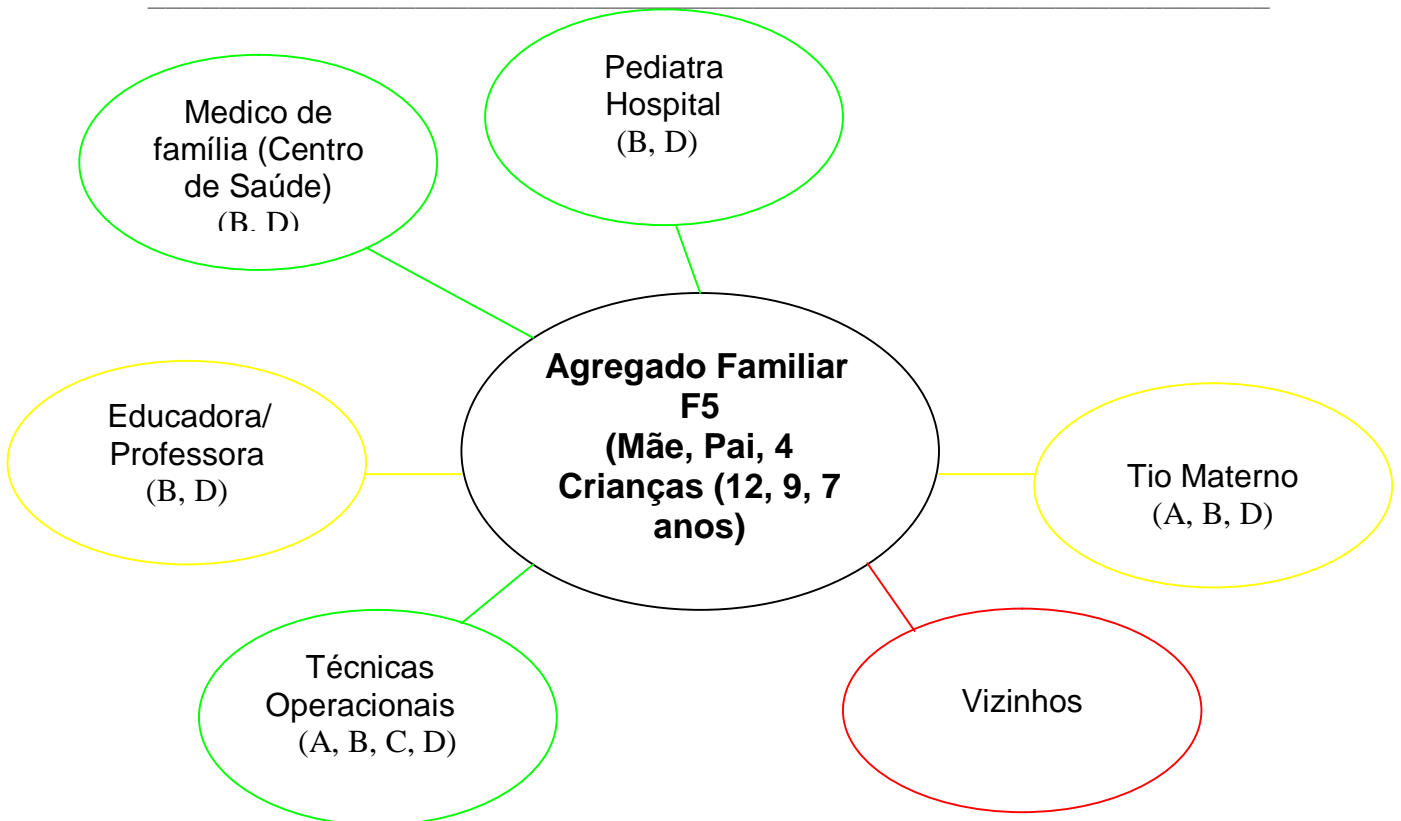




- A-apoio emocional,
- B-serviços e ajuda material,
- C- manutenção de uma identidade social,
- D- informação diversa
- E- acesso a novos contactos sociais.

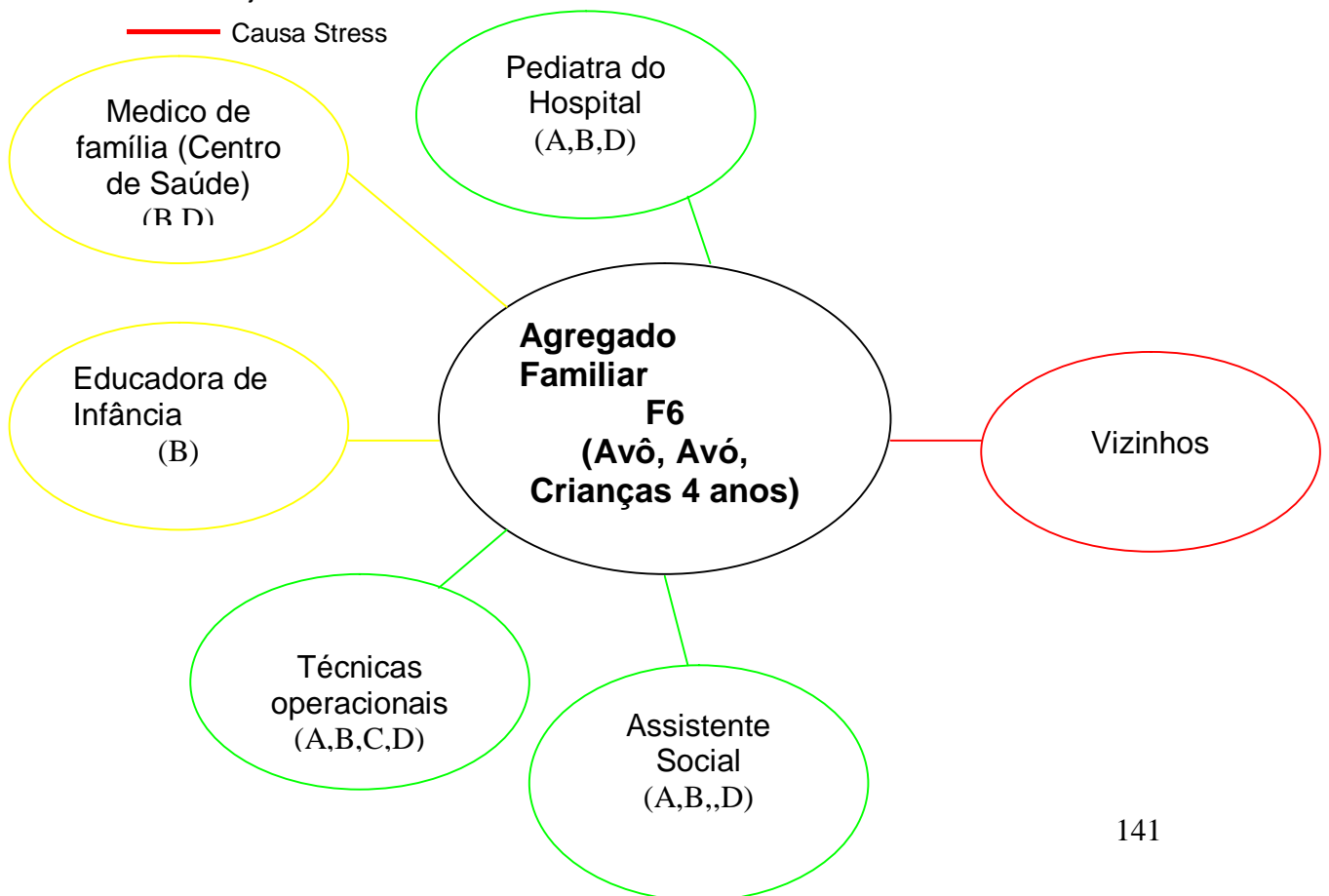
- Ajuda Muito
- Ajuda
- Causa Stress





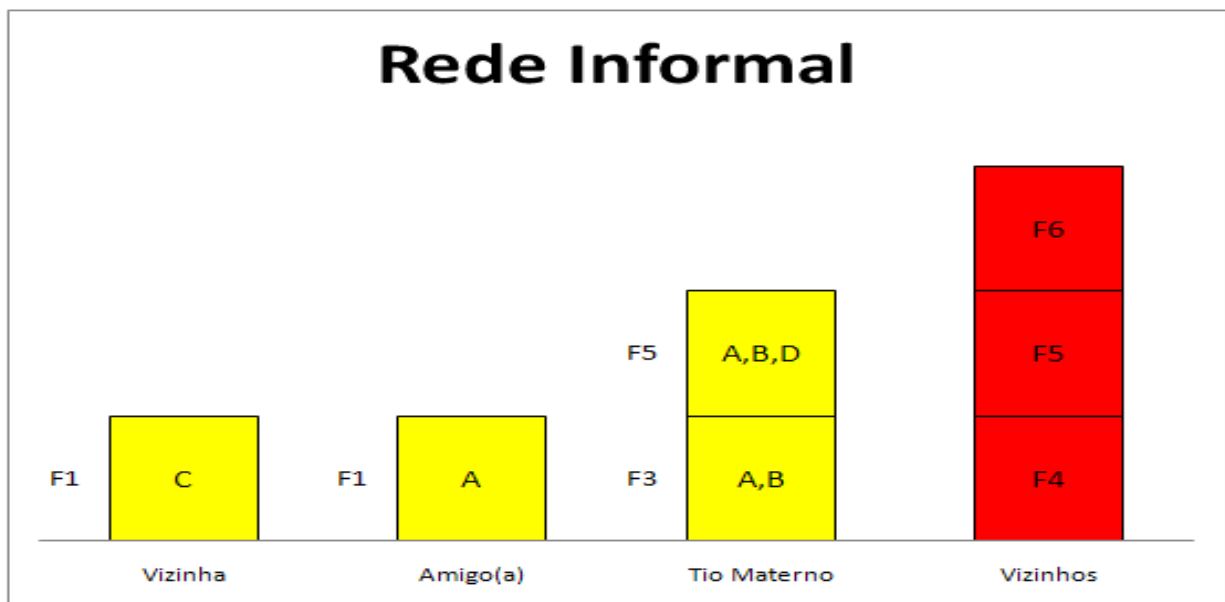
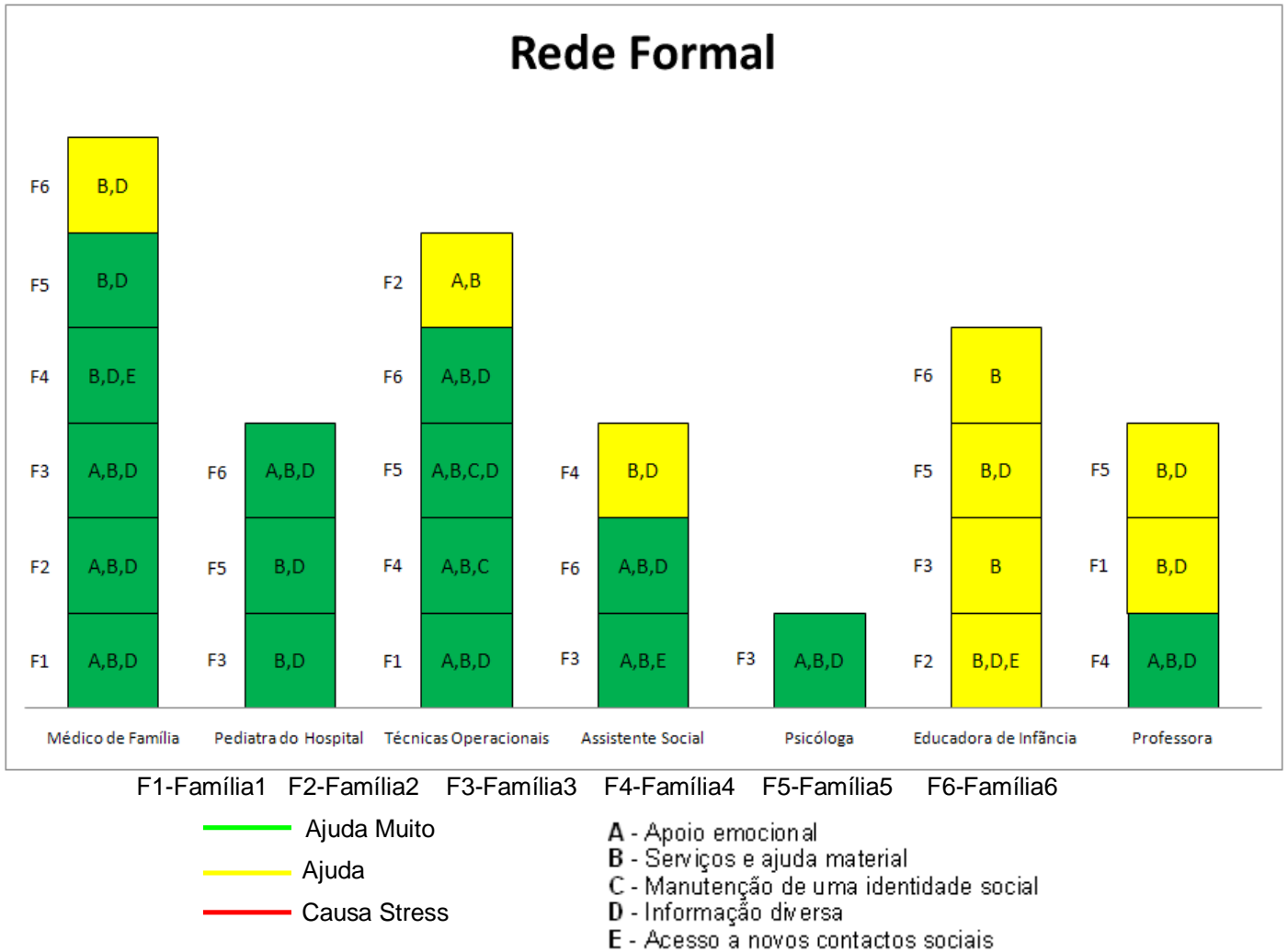
- A-apoio emocional,
- B-serviços e ajuda material,
- C- manutenção de uma identidade social,
- D- informação diversa
- E- acesso a novos contactos sociais.

- Ajuda Muito
- Ajuda
- Causa Stress



**2.1. Análise Descritiva**

Sintetizamos a informação dos mapas da rede de apoio de cada família, no que se refere à identificação das fontes de apoio e da qualidade desse apoio, nos gráficos que de seguida apresentamos:





Da análise destes gráficos resulta que as fontes de apoio mais significativas para as famílias (classificadas como “ajuda muito”) são as que pertencem à rede formal, tendo apenas 3 famílias indicado, cada uma delas, uma fonte de apoio informal, mas não as considerando tão importantes como as fontes de apoio formal (classificadas como “ajuda”). Constatamos ainda que 3 famílias indicam um elemento dos seus contactos pertencente à rede informal (vizinhos), como fonte de stress.

Verificamos assim, pela leitura dos gráficos, que o tipo de apoio providenciado pela rede formal se situa claramente ao nível do apoio material ou prestação de serviços e ainda na disponibilização de informação. Ressalta o facto de as técnicas operacionais serem indicadas por todas as famílias como fontes de apoio emocional, sendo para algumas famílias as únicas fontes deste tipo de apoio. Esta constatação reforça a debilidade da rede de apoio informal, por nós já atrás referida com base na análise de conteúdo das entrevistas às famílias, especialmente no que se refere às relações interpessoais de ajuda.

### **3. REFLEXÃO DOS RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo teve como objectivo perceber o papel do apoio social numa população com um contexto ambiental de risco. Segundo Dunst (1988), *o apoio social pode ser definido como a ajuda de carácter emocional, psicológico, associativo, informativo, instrumental ou material, prestados pelos membros das redes de apoio social, que influenciam de forma positiva, a saúde e o bem-estar, promovem a adaptação aos acontecimentos da vida e o desenvolvimento do receptor de tal ajuda* (pág.28). Desta forma, entendemos que as interações que ocorrem dentro das redes de apoio social, sejam elas formais ou informais, são o suporte do funcionamento familiar, sem as quais qualquer família sucumbirá no esforço próprio e solitário de adaptação aos acontecimentos da sua vida. Por diversas razões, as populações de risco ambiental, revelam

fragilidades na sua rede de apoio intra-familiar, pelo que se impõe a ajuda das redes extra-familiares de forma a que se constituam como experiências ou oportunidades para influenciar o comportamento e o desenvolvimento da criança, dos pais e da família. Situando-se o programa de apoio que constitui o nosso objecto de estudo neste contexto, e sabendo que a eficácia da intervenção com as populações de risco ambiental reside não tanto naquilo que se providencia, mas em como é providenciado, (Serrano, A.M., 2007) entendemos que seria útil o nosso estudo, na perspectiva de reflectirmos sobre as práticas que este inclui de forma a perceber a sua contribuição para a intervenção precoce.

Tendo em conta a revisão de literatura efectuada e os resultados da investigação de campo procuramos de seguida responder às questões orientadoras deste nosso trabalho.

1ª Questão:

A equipa deste programa, integra profissionais de áreas diferentes com formações específicas, ou seja é uma equipa transdisciplinar onde as famílias são incluídas e assumidas como parceiros activos no processo de intervenção?

Constatamos que a composição da equipa deste programa, sofreu alterações ao longo do tempo, sendo, no presente, inexistente a sua interdisciplinaridade, dado que apenas dois profissionais possuem formação e sendo esta na mesma área (psicologia).

A concepção multidimensional do desenvolvimento intrínseca à Intervenção Precoce, assim como a definição clara da família como unidade de intervenção, determinam a necessidade de articulação de diferentes profissionais de forma a organizar e gerir recursos com o objectivo de fornecer as respostas adequadas a cada família. Na perspectiva de Bailey (1989 in Moreira, 2007), o trabalho do profissional de Intervenção Precoce inclui uma multiplicidade de papeis: a) Efectuar a avaliação do desenvolvimento da criança; b) Fornecer o atendimento educacional e adequado às necessidades da criança e da família; c) Coordenar os diferentes serviços que dão atendimento à criança e à família; d) Responder às necessidades da família,

planeando e implementando serviços de apoio à família tal como fornecer-lhes formação e informação; Coordenar os diferentes contextos e cenários de atendimento e avaliar a sua qualidade; e) Avaliar a eficácia dos programas implementados.

Uma das características essenciais nos programas de intervenção, é a contínua e intensa interacção entre os membros da equipa a partir de diferentes disciplinas, permitindo-lhes reunir, trocar informações, conhecimentos, habilidades, e trabalhar cooperativamente. A equipa torna-se verdadeiramente transdisciplinar quando os membros se libertam da sua estratégia de intervenção de acordo com a disciplina a que pertencem e actuam sob a supervisão e apoio dos membros da equipa cujas disciplinas são responsáveis pela sua prática (King e al, 2009).

Verificamos ainda que neste programa à família é reservado o papel de “ser consultada” no processo de intervenção. É reconhecido actualmente que o sucesso da intervenção está intimamente relacionado com a qualidade da relação família-técnico e que uma relação de colaboração pode melhorar o sentimento da família de se sentir compreendida e apoiada.

O fulcro da intervenção deve ser identificado pela família e não por profissionais, pois só desta forma se consegue um envolvimento efectivo das famílias, devendo os profissionais ser contingentes às preocupações e prioridades manifestadas pelos elementos da família. As decisões tomadas devem ser assim, controladas pela família e não pelos profissionais, tendo estes a responsabilidade de “capacitar as famílias com habilidades, conhecimentos, e competências que lhe permitam ter acesso e controlo sobre os recursos que podem ser usados para colmatar as suas necessidades” (Dunst 1985, pág.168),

2ª Questão:

O programa é claro quanto aos objectivos e conteúdos, é consistente pela sua intensidade e duração e é avaliado regularmente por todos os intervenientes de forma a assegurar a sua eficácia?

Verificamos que no que se refere aos objectivos e conteúdos deste programa, existem 2 vertentes bem definidas no documento descritivo,

assumidas pelos profissionais e sentidas pelas famílias, que se prendem com a intervenção directa com as crianças/ jovens e intervenção com as famílias. Sabemos pela revisão da literatura, que uma das características dos programas de intervenção eficazes reside no facto de dirigirem a sua acção não apenas à criança mas sobretudo à família, o que ganha um especial significado quando se trata de uma população em risco ambiental. A eficácia de serviços de apoio reside no facto de estes construírem relações, potenciarem a interacção adequada adulto/ criança e proporcionarem apoio emocional, social e desenvolvimento cognitivo. No nosso programa em estudo, e no que se refere à “intensidade/duração” do programa verificamos que este se desenvolve há já alguns anos e embora as políticas de incentivo (apoio financeiro) de âmbito nacional, que estiveram na base da sua implementação tenham já cessado, ele mantêm-se apesar de ter sofrido alterações, sendo uma delas, e tal como já referimos, a constituição da equipa de profissionais e que será eventualmente determinada pelos constrangimentos económicos. Sabemos que a qualidade de execução dos programas é fundamental, estando esta intrinsecamente associada a uma exigente formação dos profissionais.

Guralnick (1998 in Novais, 2000) considera que o grande desafio que se coloca à Intervenção Precoce, prende-se com a identificação dos elementos “stressores” específicos a cada família e conseqüentemente com a respectiva acção directa ou indirecta dos programas, através da diminuição do impacto da influência desses elementos sobre os padrões de interacção familiar. Desta forma, a especificidade dos programas para crianças em risco, é determinada pelas fontes de “stress” específicas de cada família e o sucesso da intervenção depende da capacidade abrangente dos programas, no sentido de serem responsivos ao maior número de “stressores” quanto possível.

Verificamos também que este programa veicula o contacto diário com as crianças/jovens e famílias o que se torna importante pois, embora os autores considerem que é necessário realizar mais estudos neste campo, parece que programas mais longos e mais intensos, traduzem-se em resultados mais significativos (Leitão, 1999). Constatamos que os momentos de avaliação do programa são pouco consistentes e efectuados apenas pelos técnicos. No entanto, sabemos bem, como a avaliação da qualidade e melhoria contínua

são fundamentais para garantir a eficácia de qualquer programa. As características de um bom programa de intervenção incluem a clareza quanto ao conteúdo e objectivos, a coordenação de serviços com a comunidade e a utilização de múltiplas estratégias de intervenção com crianças e famílias (Wollesen e Peifer, 2005).

### 3ª Questão:

Este programa assenta na filosofia de apoio centrado na família (Dunst e col.), procura promover as competências específicas de cada família e responder às suas reais necessidades?

As bases teórico-filosóficas deste programa foram identificadas pelos profissionais como a “reestruturação do modo de vida das famílias”, o “aprofundamento do vínculo entre os filhos e a comunidade envolvente” através do apoio psico-social que lhe é oferecido. A partir do diagnóstico social previamente elaborado onde foram detectados vários factores de risco para o bem-estar das famílias e desenvolvimento das crianças e pela observação in locus, os técnicos identificam as necessidades das famílias e elaboram o respectivo projecto de intervenção. Sabemos que a investigação revela como uma das características fundamentais do modelo de intervenção centrado na família o enfoque que este faz nas necessidades da família por si identificadas, aspirações e projectos pessoais. Verificamos ainda que na identificação das necessidades por profissionais e famílias existem pontos de encontro (as necessidades de ordem material), no entanto existem algumas que só são identificadas por profissionais e outras que só são identificadas pelas famílias. Rutter (1996 in Hanson e Lynch 2004) considerando a natureza transaccional do desenvolvimento, sublinha para além dos contextos sociais a importância da interacção e contribuição do indivíduo para o seu próprio desenvolvimento.

No modelo centrado na família, o envolvimento das famílias é crucial não só na identificação das suas necessidades mas também como parte activa na procura de respostas para essas mesmas necessidades. Constatamos que neste programa o envolvimento das famílias se situa ao nível da concretização das acções que são pensadas para si distanciando-se portanto do nível ideal que seria (em verdadeira colaboração com os profissionais) pensar as acções

que são importantes para si. Cada família sente e hierarquiza as suas necessidades de uma forma muito pessoal, consoante os valores e crenças pessoais que defende (Hartmam e Said, 1983 in Carrapatoso, 2003). Desta forma, uma necessidade terá sempre um valor relativo, consoante a percepção de cada família, na medida em que o que é considerado como uma necessidade para uma família poderá não o ser para outra.

Neste programa constatamos também que existe no geral uma relação de confiança entre os profissionais e família, sendo realçada a disponibilidade dos profissionais para ouvir e a oportunidade das famílias para “desabafar”. A vivência de relações positivas entre profissionais e famílias, construídas a partir da aceitação e do respeito pelas opiniões e valores, contribui pra acentuar nessas famílias um sentimento de autonomia, competência e dignidade (Leitão, F.R.,1989); Este relacionamento é fundamental na medida em que se torna uma porta aberta para “capacitar” (criar oportunidades para que todos os membros da família possam demonstrar e adquirir competências) e “partilhar poder” ou “Corresponsabilizar” (capacidade da família na satisfação das suas próprias necessidades e aspirações, criando um sentimento de controlo e domínio intrafamiliar (Dunst, 1998).

Dunst, Trivette, & Deal (1988 in Novais, 2000), apontam três premissas a ter em consideração, quando se pretende capacitar e fortalecer uma família: a) as pessoas são competentes ou têm capacidade para se tornarem competentes (princípio proactivo); b) o fracasso para manifestar as competências não é devido a défices inerentes à pessoa mas ao fracasso dos sistemas sociais para criar oportunidades que tornem possível a manifestação das competências (capacitar); c) a pessoa alvo deve atribuir a mudança de comportamento às suas próprias acções através do desenvolvimento de sentido de controlo sobre as questões familiares (fortalecer).

Trout e Foley, (1989 in Cruz, 2003) dizem-nos que os serviços de Intervenção Precoce devem ser providenciados no contexto de relações de apoio entre o profissional e a família. O processo de desenvolvimento de relações positivas entre técnicos e famílias pode ser simultaneamente complexo e compensador, assumindo tal processo um papel central na IP.

Desta forma, é reconhecido actualmente que o sucesso da intervenção está intimamente relacionado com a qualidade da relação família-técnico e que uma relação de colaboração é imprescindível para levar a família a sentir-se compreendida e apoiada.

4ª Questão:

Este programa reflecte uma estratégia de intervenção que procura identificar e atenuar as fontes de stress de cada família em particular e faz articulação com outros serviços e recursos existentes na comunidade?

Partindo dos dados da investigação que apontam o stress tóxico, inerente a ambientes de risco, como factor que influencia a arquitectura cerebral nos primeiros anos de vida, parece-nos que o desafio que se coloca à intervenção em ambientes de risco passa pela identificação dos elementos stressores específicos de cada família e consequente acção no sentido de diminuir o impacto da influência desses stressores na interacção familiar. No programa do nosso estudo apercebemo-nos claramente que existe a identificação dos factores de risco que contribuem para a toxidade ambiental das famílias e uma acção no sentido de atenuar essa toxidade. No entanto, as mudanças que se pretendem operar nos comportamentos das famílias, são baseadas em modelos tradicionais de ensino em que os profissionais são vistos como peritos que detêm o conhecimento necessário para melhor orientar as famílias.

Dunst (1995), identifica o apoio social como forma de intervenção precoce relacionando-o com o fornecimento de apoio e recursos às famílias por parte das redes de apoio informal e formal.

No nosso estudo apercebemo-nos claramente que as fontes de apoio mais significativas para as famílias situavam-se na rede formal, sendo os contactos da rede informal quase inexistentes e alguns eram por si assinalados como causadores de stress. Pensamos que este facto é deveras importante na medida em que reforça a necessidade deste tipo de programas no apoio às famílias de forma a influenciar positivamente o comportamento dos elementos da família e o desenvolvimento e da criança.

Este programa de apoio social, com todos os constrangimentos que lhe são inerentes, desempenha um papel importante na comunidade em que se insere. Todavia são claros alguns campos de acção que este não consegue alcançar de forma a responder às reais necessidades das famílias. Presentemente, neste concelho não existe um programa de intervenção dirigido às famílias de crianças pequenas com problemas de desenvolvimento adquiridos ou em via de os adquirir, seja por condições intrínsecas ou por condições envolvimentoais. Esta realidade confere a absoluta necessidade da recente legislação produzida no nosso país (6 de Outubro de 2009) que traz consigo a criação do SNIPI (serviço nacional da intervenção precoce na infância).

A experiência de implementação do sistema criado ao abrigo do despacho conjunto n.º 891/99 revelou a importância deste modelo de intervenção, mas constatou também uma distribuição territorial das respostas não uniforme, revelando assimetrias geodemográficas. Com efeito, a necessidade do cumprimento do princípio da universalidade do acesso aos serviços de intervenção precoce, implica assegurar um sistema de interacção entre as famílias e as instituições de forma a que todos os casos sejam devidamente identificados e sinalizados tão rapidamente quanto possível. Subsequentemente, devem ser accionados os mecanismos necessários à definição de um plano individual atendendo às necessidades das famílias e elaborado por equipas locais de intervenção, multidisciplinares, que representem todos os serviços que são chamados a intervir. Em conformidade, é necessário que este plano individual, tenha em conta não apenas os problemas, mas também o potencial de desenvolvimento da criança, a par das alterações a introduzir no meio ambiente para que tal potencial se possa afirmar.

O SNIPI tem os seguintes objectivos (artigo 4º): a) Assegurar às crianças a protecção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades, através de acções de IPI em todo o território nacional; b) Detectar e sinalizar todas as crianças com alterações nas funções e estruturas do corpo ou em risco grave de atraso de desenvolvimento; c) Intervir, após a detecção e sinalização, em função das necessidades do contexto familiar de cada criança



elegível, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento; d) Apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas da segurança social, da saúde e da educação; e) Envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social. Para alcançar estes objectivos, são instituídos três níveis de processos de acompanhamento e avaliação do desenvolvimento da criança e da adequação do plano individual para cada caso, ou seja, o nível local das equipas multidisciplinares com base em parcerias institucionais, o nível regional de coordenação e o nível nacional de articulação de todo o sistema. O novo sistema vai funcionar através da actuação coordenada dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação, com envolvimento das famílias e da comunidade.

Este diploma vem com efeito, legitimar e incrementar a cooperação entre instituições e recursos da comunidade a partir da qual será possível encontrar as respostas que se tornam urgentes para as crianças deste concelho, e respectivas famílias, com limitações ao nível da sua participação, ou em risco grave de atraso de desenvolvimento. Resta aos profissionais dos vários quadrantes, juntar a Vontade de Fazer à capacidade de Ouvir (outros profissionais e famílias) para dessa forma Saber – Fazer.

## **BIBLIOGRAFIA**

*Aldridge, J.* (2008). Childhood Education .Olney Vol. 84, Iss. 5; pg. 332, 1 pgs  
Retirado em Agosto de 2009 de <http://trials.uk.proquest.com/ptc?userid=278505>

Almeida, I. (1996). A Perspectiva Ecológica em Intervenção Precoce. Cadernos CEACF-13/14, 29-40

Bairrão, J (2005) Desenvolvimento: Contextos familiares e Educativos.  
Coordenador: Prof. Doutor Joaquim Bairrão, 1º Ed. Coleção Livpsic diversos,  
FPCE Universidade do Porto

Bardin, L. ( 1997) Análise de Conteúdo, Ed 70

Barry Carpenter, B. (2007) Title of Presentation: Ask the Family: Developing family participative research approaches Institution and Mailing Address of Presenting Author: Sunfield, Clent, Stourbridge, Worcestershire, DY9 9PB, UK National Scientific Council on the Developing Child retirado em Agosto de 2009 de <http://www.developingchild.net>

Barros, R.M.A. (1998) Os Riscos no Desenvolvimento: incursões pela psicopatologia infantil. Tese de Mestrado. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

*Bloch., J.S.* (2008) Children & Schools. Washington:Vol. 30, Iss. 3; pg. 189, 3 pgs  
Retirado em Agosto de 2009 de <http://trials.uk.proquest.com/ptc?userid=278505>

Britto, P.R. ; Gilliam, W.S. (2008) Commonalities and Differences Between Head Start and Early Childhood Programs in Developing Countries. Infants & Young Children. Vol. 21, No. 1, pp. 82–91 retirado em Maio de 2009 [www.developingchild.harvard.edu/content/publications.html](http://www.developingchild.harvard.edu/content/publications.html)

Carrapatoso, M.T.J.P.(2003)Subsídios para o estudo da intervenção precoce centrada na família: quais as percepções dos técnicos. Tese de Mestrado. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação

Correia, L.M. & Serrano, A. M. (2002). Envolvimento parental: das práticas centradas na criança às práticas centradas na família. Porto: Porto Editora

Crais, R. E.; Roy, P.V.; Free, K (2006) American Journal of Speech - Language Pathology. Rockville: Vol. 15, Iss. 4; pg. 365, 13 pgs Retirado em Agosto de 2009 de <http://trials.uk.proquest.com/ptc?userid=278505>

Craveirinha, F M P (2002) Redes de Apoio Social em Intervenção Precoce Disponibilidade, Utilidade e Necessidades. Tese de Mestrado Lisboa. Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana

Cruz, A.I.; Fontes, F.; Carvalho, M.L.(2003). Avaliação da Satisfação das Famílias apoiadas pelo PIIP: Resultados da aplicação da escala ESFIP. ANIP – PIIP – Programa SER CRIANÇA

Dias, M. T. N. M. (2007) A Organização de Serviços de Intervenção Precoce em Portugal: Contributo de Ajudantes Familiares para a Intervenção Precoce. Tese Doutoramento. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação

Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (1990) Assessment of Social Support in Early Intervention Programs. In S. Meisels & J. Shonkoff ( Eds.) Handbook of Early Intervention. New York: Cambridge University Press

Dunst, C.J. (1995) Factores de Risco e Oportunidade com Influência no Comportamento e Desenvolvimento da Criança e do Agregado Familiar. Palestra. Coimbra

Dunst, C.J. (1995) Influência do Apoio Social no Comportamento e Desenvolvimento da Criança e do Agregado Familiar. Palestra. Coimbra

Dunst, C.J; Wolery, M. (1997) Advances in Early Education and Day Care Family Policy and Practice in Early Child Care, Volume 9, JAI Press INC. Londres retirado em Junho de 2009 de <http://www.developingchild.net>

Dunst, C., Trivette, C., Jodry, W. (1997) Influences of Social Support on Children with Disabilities and Their Families In M. Guralnick ( Eds), The Effectiveness of Early intervention. Seattle: University of Washington, Paul H. Brooks Publishing

Dunst, C., Trivette, C; Deal, A. (1988) Enabling and Empowering Families Principles & Guidelines for practice. Cambridge: Brookline Books.

---

Dunst, C.J.; Trivette, C.M. (2009). Let's Be PALS An Evidence-Based Approach to Professional Development. *Infants & Young Children* Vol. 22, No. 3, pp. 164–176 retirado em Maio de 2009 de [www.developingchild.harvard.edu/content/publications.html](http://www.developingchild.harvard.edu/content/publications.html)

Dunst, C.J; Hawks, O. (2000) Rethinking Early Intervention Puckett Institute and Family Infant and Preeschool program: Western Carolina Cente. Retirado em Agosto de 2009 de <http://trials.uk.proquest.com/ptc?userid=278505>

European Agency for Development in Special Needs Education (2005) Intervenção Precoce na Infância. Análise das situações na Europa Aspectos-Chave e Recomendações. Relatório síntese.

Franco, V.; Apolónio, A. M.(2008) Avaliação do Impacto da Intervenção Precoce no Alentejo: criança, família e comunidade. Évora: ARS Alentejo

Gabarino, J ; Ganzel, B. (2000) The Human Ecology of Early Risk In J.P. Shonkoff & J. Meisels ( Eds). *Handbook of early childhood intervention* . Cambridge: Cambridge University Press

Guralnick, M (1997). Second Generation Research in the Field of Early Intervention In m. Guralnick, ( Eds). *Interdisciplinary Clinical Assessment of Young Children with Developmental Disabilities*. Baltimore University of ashingtos, Paul H. Brookes Publishing Co.

Hanson, M. J; Lynch, E. W. (2004). Understanding Families. Approaches to Diversity, Disability, and Risk. Department of Special Education. San Francisco State University e Department of Special Education San Diego

*Hung, L.Y.*(2009) The paradox of early intervention: Families' participation driven by professionals throughout service process Ed. D., Teachers College, Columbia University, 277 pages; Retirado em Agosto de 2009 de <http://trials.uk.proquest.com/ptc?userid=278505>

King.G.;Stranchan,D.; Tucker,M.; Desserud,S.; Shillington, M. (2009). The Application of a Transdisciplinary Model for Early Intervention Services. *Infants & Young Children*. Vol. 22, No. 3, pp. 211–223 retirado em Maio de 2009 de

Landy, Sarah; Menna, Rosanne (2006) Early Intervention with Multi-Risk Families an Integrative Approach Canada: University of Toronto & University of Windsor

Leitão, F. A. R. (1998) Educação Especial e Reabilitação Vol. Nº 1 – Junho

Meisels, S.J.; Shonkoff, J.P. ( 2000). Early Childhood Intervention: A Continuing Evolution in J.P. Shonkoff; S.J. Meiseles (Eds.) Handbook of Early Childhood Intervention. New York: Cambridge University Press

Moreira, E. F. (2007) Intervenção Precoce: Estudo Exploratório das Percepções das Educadoras acerca das Competências para uma Prática Centrada na Família. Tese de Mestrado. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação

Nóbrega, M. M. P.(1998) Subsídios para o Estudo da Noção de “Crianças de Risco Ambiental”. Tese de Mestrado. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação

Noell,J.F.(1996) Riesgo y Resistência. La investigacion sobre Factores Protectores Del Fracaso Escolar en Ninos En Situación de Riesgo Departament da Pedagogia Universitat de Girona. Sevilla.

Novais, I. M. V (2000) Estudo do Impacto da Qualidade das Interacções Pais-Criança no Desenvolvimento da Criança Implementação de um programa numa população de risco ambiental. Tese de Mestrado. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação

Pimentel,J.V.Z. ( 2004) Intervenção Focada na Família- Desejo ou Realidade? Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração da Pessoa com Deficiência (SNRIPD)

Pretis, M.; Dimova, A.(2007) Title of Presentation Mental (psychiatric) disorders of parents and neurodevelopmental risks of children Institution and Mailing Address of Presenting Author: S.I.N.N. Social Innovative Network,

Lerchengasse 4c, 8054 Graz, Austria National Scientific Council on the Developing retirado em Agosto de 2009 de <http://www.developingchild.net>

Sameroff, A. J.; Fiese, B. H. (2000), Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention In S. J. Meisels J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of Early Intervention*. Second Edition. Cambridge: Cambridge University Press, 135-159.

Scarborough, A. A.; Crae, J.S.M.(2008) Topics in Early Childhood Special Education Austin:Vol. 28, Iss. 2; pg. 75, 15 pgs Retirado em Agosto de 2009 de <http://trials.uk.proquest.com/ptc?userid=278505>

Serrano, A.M. (2007) Redes Sociais de Apoio e Sua Relevância para a Intervenção Precoce Porto: Porto Editora

Serrano, A. M. (no prelo) Contributos da Intervenção Precoce para as crianças em risco ambiental, REAP

Simões, A. C. L. (2004) Intervenção Precoce: Perspectiva Centrada na Família .Inclusão, Nº 5 IEC Braga: Universidade do Minho

Spagnola, M.; Fiese, B.H. (2007) Family Routines and Rituals: A Context for Development in the Lives of Young Children *Infants & Young Children*. Vol. 20, No. 4, pp. 284–299, retirado em Maio de 2009 de [www.developingchild.harvard.edu/content/publications.html](http://www.developingchild.harvard.edu/content/publications.html)

Sylva, J.A.(2005) Multicultural Education. San Francisco: Winter 2005. Vol.13, Iss. 2; pg. 26, 4 pgs Retirado em Agosto de 2009 de <http://trials.uk.proquest.com/ptc?userid=278505>

Tegethof , M.I.S.C.A(2007) Estudos Sobre a Intervenção Precoce em Portugal: Ideias dos especialistas dos profissionais e das famílias Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

Vaughn, B. J.; White, R.; Johnston, S. (2005) Dunlap, G..Journal of Positive Behavior Interventions Austin: Vol. 7, Iss. 1; pg. 55, 4 pgs Retirado em Agosto de 2009 de <http://trials.uk.proquest.com/ptc?userid=278505>

Veiga, M. E. (1995) Intervenção Precoce e Avaliação: Estudo Introdutório. Porto: Fio de Ariana

Wilkins, P.W. (2007) Children & Schools Washington: Jan 2007. Vol. 29, Iss. 1; pg. 45, 2 pgs Retirado em Agosto de 2009 de <http://trials.uk.proquest.com/ptc?userid=278505>

Wollesen, L.; Peifer, K. (2005) Life Skills Progression LSP. Na Outcome and Intervention Planning Instrument for Use with Families at Risk.

Woods, J.J.; Lindeman, P.D. (2008) Gathering and Giving Information With Families Infants & Young Children. Vol. 21, No. 4, pp. 272–284 retirado em Maio de 2009 de [www.developingchild.harvard.edu/content/publications.html](http://www.developingchild.harvard.edu/content/publications.html)