



Intervenção Precoce na Infância Análise das Situações na Europa

Aspectos-Chave e Recomendações

Intervenção Precoce na Infância

Análise das Situações na Europa

Aspectos-Chave e Recomendações

Relatório Síntese

**European Agency for Development in
Special Needs Education**



Este relatório constitui um resumo executivo do estudo Intervenção Precoce na Infância. São permitidos extractos deste documento desde que claramente referenciada a fonte.

Foi preparado pela Agência com base nos contributos dos Especialistas Nacionais em IPI. Expressamos os nossos sinceros agradecimentos a *Stefanija Alisauskiene; Lena Almqvist; Josiane Bechet; Alain Bony; Graça Breia; Lesley Campbell; Isabel Felgueiras; Bergþóra Gísladóttir; Liisa Heinämäki; Monica Ingemarsson; Zuzana Kaprova; Maria Karlsson; Jytte Lau; Johanna Lindqvist; Ene Mägi; Theoni Mavrogianni; Ineke Oenema-Mostert; Franz Peterander; Jaime Ponte; Manfred Pretis; Bieuwe Van Der Meulen; Panagiota Vlachou pelos seus contributos a a Axelle Cheney pelo seu apoio técnico.*

Uma informação mais vasta sobre a situação nos diferentes países bem como os contactos de todos os especialistas e dos representantes nacionais da Agência envolvidos no projecto podem ser encontrados na área da web dedicada à Intervenção Precoce na Infância em:

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

Editor: Victoria Soriano

Pintura da capa: “Palveluviidakko” – *the Services Jungle* - Marjaana Koskivuori. Este desenho foi criado por Marjaana, nascida em 1988, reconhecida artista na Finlândia. Devido a paralisia cerebral, Marjaana utiliza um rato infravermelho para criar gráficos no computador. Marjaana descreve o significado deste desenho da seguinte forma: “O sinal vermelho do lado direito sou eu, fora dos *services jungle*. Marjaana ofereceu este desenho à Agência em agradecimento pela sua participação na Audição dos Jovens com Necessidades Especiais organizada pela Agência no Parlamento Europeu a 3 de Novembro de 2003.

A edição deste documento foi suportada pela DG de Educação, Formação, Cultura e Multilinguismo da Comissão Europeia:

http://europa.eu.int/comm/dgs/education_culture/index_en.htm

ISBN: 8791500-70-2 (Electrónico)
978-87-91500-70-1

8791500-52-4 (Impresso)
978-87-91500-52-7

2005

European Agency for Development in Special Needs Education

Secretariat:

Teglgaardsparken 102
DK-5500 Middelfart Denmark
Tel: +45 64 41 00 20
Fax: +45 64 41 23 03
adm@european-agency.org

Brussels Office:

3, Avenue Palmerston
BE-1000 Brussels Belgium
Tel: +32 2 280 33 59
Fax: +32 2 280 17 88
brussels.office@european-agency.org

Web: www.european-agency.org



ÍNDICE

SUMÁRIO EXECUTIVO	4
INTRODUÇÃO	7
1. INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA: ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	12
2. ANÁLISE DO PROJECTO INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA.....	21
2.1. Serviços Disponíveis nos Diferentes Países	21
2.2 Aspectos-chave	25
2.2.1 Grupos-alvo	26
2.2.2 Trabalho em equipa.....	27
2.2.3. Formação dos profissionais.....	28
2.2.4. Ferramentas de trabalho	30
2.3 Três Exemplos Específicos de IPI	33
2.3.1 Principais características.....	33
2.3.2 Semelhanças e diferenças	42
3. RECOMENDAÇÕES	45
3.1 Disponibilidade.....	45
3.2 Proximidade	47
3.3 Viabilidade Financeira.....	48
3.4 Interdisciplinaridade	48
3.5 Diversidade	50
REFERÊNCIAS	52



SUMÁRIO EXECUTIVO

A IPI é uma área importante quer a nível político quer a nível profissional, no que respeita ao direito das crianças em idades muito precoces e das suas famílias, a receber o apoio de que necessitam. A IPI tem como objectivo apoiar e fortalecer a criança, a família e os serviços envolvidos. Ajuda, assim, a construir uma sociedade inclusiva e coesa que esteja atenta aos direitos das crianças e de suas famílias.

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

Ao longo desta análise foram identificados diferentes modelos relevantes:

Disponibilidade, proximidade, viabilidade financeira e diversidade de recursos aparecem como traços comuns nos serviços de IPI da Europa:

- É proporcionada, a pedido da família, uma variedade de serviços ou respostas disponíveis e acessíveis tendo em conta a proximidade e os objectivos. Tais recursos e serviços devem ser oferecidos o mais cedo possível, gratuitamente ou a baixo custo para as famílias, sempre e onde quer que sejam precisos, preferencialmente a nível local. Os serviços devem ser orientados para a família e responder às suas necessidades.



- A diversidade de serviços nos diferentes países aponta para a necessidade de se estabelecer uma coordenação e cooperação de serviços e de recursos adequados, no sentido de assegurar a sua qualidade.

- Os serviços de saúde, da segurança social e da educação estão envolvidos e partilham a responsabilidade na IPI. Isto corresponde ao enquadramento teórico da IPI, com base em diferentes áreas científicas. Ciências da Saúde, Ciências Humanas e Sociais inter-relacionam-se no que respeita ao desenvolvimento da criança e ao impacto das interações sociais no desenvolvimento humano em geral e no da criança, em particular. Não existe um modelo de referência único: teorias e modelos diferentes têm contribuído para o desenvolvimento de uma abordagem da IPI focada na criança, na família e na comunidade, substituindo um modelo médico por um modelo social.

Grupos-alvo, trabalho de equipa, formação de profissionais e instrumentos de trabalho foram os aspectos chave discutidos nos encontros:

- Foram evidenciados, com preocupação o impacto das mudanças sociais na população alvo de IPI, bem como o aumento do número de crianças que apresentam problemas psicológicos e sócio-emocionais.

- Diferentes profissionais de várias disciplinas têm a responsabilidade de apoiar crianças em idades precoces e suas famílias. Os profissionais não podem trabalhar de forma compartimentada; eles precisam de trabalhar em conjunto, numa equipa interdisciplinar. Para realizar um trabalho de equipa em cooperação, os profissionais têm de ter alguma formação comum, completando assim os conhecimentos que adquiriram durante a sua formação inicial. Esta formação comum pode ser obtida através de formação complementar (especializada) ou de formação em serviço. Deste modo, será assegurado que os profissionais adquiram os conhecimentos requeridos, em temas como o desenvolvimento da criança, os métodos de trabalho, a cooperação entre serviços, o trabalho de equipa, a gestão de caso, o desenvolvimento de competências pessoais, o trabalho com famílias. Os profissionais precisam de saber como envolver e trabalhar com



pais e/ou famílias alargadas e respeitar as suas necessidades e prioridades, as quais podem ser diferentes do ponto de vista dos próprios profissionais.

- Os profissionais utilizam diferentes instrumentos para assegurar um processo de boa qualidade: sem interrupções, desde que o problema é detectado, e com pleno envolvimento e participação das famílias. Quando é solicitada uma intervenção, é elaborado um Plano Individual, também designado como Plano Individual de Apoio à Família, dependendo do país, o qual resulta da cooperação entre a equipa e família. O plano deve centrar-se nas necessidades, forças, prioridades, objectivos e nas acções a serem implementadas e avaliadas. A existência deste documento facilita a transferência de informação e a continuidade do apoio necessário, quando uma criança transita de uma determinada resposta para outra, ou quando uma família muda de residência.

Todos estes elementos servem de base para as recomendações enumeradas no próximo capítulo, visando a qualificação e a consolidação dos serviços e repostas de IPI existentes.



INTRODUÇÃO

Este documento pretende sumariar a análise dos aspectos-chave da Intervenção Precoce na Infância (IPI) em países Europeus, realizado pela European Agency for Development in Special Needs Education (European Agency) em 2003/2004. Apresenta, igualmente, um conjunto de recomendações, especialmente dirigidas a profissionais que trabalham nesta área, oferecendo-lhes algumas ideias práticas para reflexão e melhoria da intervenção.

Esta análise nunca teria sido possível sem os contributos dos especialistas e das famílias que, directa ou indirectamente envolvidos, facultaram materiais relevantes, ideias ou observações relacionados com a situação da IPI nos seus países, bem como com as reflexões e comentários críticos ao longo das fases do projecto.

O **racional** subjacente a este documento prende-se com o desejo de continuação do desenvolvimento desta temática a partir do trabalho já realizado pela European Agency em 1998. Corresponde aos princípios sublinhados por organizações internacionais de referência, como as Nações Unidas (NU) e a UNESCO, que assumiram claramente o compromisso de lutar pelos direitos das crianças e suas famílias:

“A maternidade e a infância têm direito a cuidados e a assistência especiais” (N.U. 1948, Golin & Ducanis, op cit).

“A criança tem direito a crescer e a desenvolver-se de forma saudável; para isso devem ser prestados cuidados especiais e protecção tanto à criança como à sua mãe, incluindo cuidados pré e pós natais adequados” (N.U. 1959, Princípio 4).

“Os Estados reconhecem o direito das crianças com incapacidades a cuidados especiais e devem encorajar e assegurar à criança e seus responsáveis, o acesso – sujeito aos recursos existentes – à assistência necessária e apropriada às condições da criança e às circunstâncias que



envolvem os pais ou outras pessoas a cargo de quem a criança se encontra” (N.U. 1989, Artigo 23 §2).

“Os Estados devem trabalhar no sentido da oferta de programas orientados por equipas multidisciplinares de profissionais para a detecção precoce, a avaliação e o tratamento da deficiência, de forma a prevenir, reduzir ou eliminar os seus efeitos a nível de incapacidades” (N.U. 1993, Norma 2 §1).

“Os programas de Cuidados e de Educação Precoce na Infância para crianças até aos seis anos devem ser desenvolvidos e/ou reorientados para promover o desenvolvimento físico, intelectual e social e a preparação para a escola. Estes programas constituem uma mais valia, em termos económicos, para o indivíduo, para a família e para a sociedade, ao prevenirem o agravamento das condições de incapacidade” (UNESCO, 1994, §53).

A **metodologia** usada durante a análise pretendeu corresponder aos princípios da IPI: trabalhar de forma aberta, interactiva e de respeito mútuo num contexto interdisciplinar, de acordo com a diversidade de experiências dos diferentes especialistas. A recolha da informação nacional e a análise de situações constituíram a base do trabalho realizado.

Os especialistas em IPI de 19 países foram designados pelos representantes da European Agency, abrangendo os níveis das políticas, da prática e da investigação. Estiveram representados todos os sectores: educação, segurança social e saúde, com uma representação mais consistente dos serviços da educação. As famílias foram também envolvidas numa das reuniões de trabalho e na fase de validação (ver página 10).

O principal objectivo da análise realizada ao longo de quatro encontros e do seminário final foi o de reflectir e fornecer propostas concretas sobre as seguintes questões acordadas na primeira reunião:



- papel dos serviços e dos profissionais no quadro da prestação de serviços em intervenção precoce na infância.
- composição da equipa e a requerida formação de profissionais.
- alterações respeitantes ao grupo-alvo e
- ferramentas requeridas para um trabalho mais adequado com crianças e suas famílias.

Foram seleccionados três locais para encontros e visitas pelo facto de conjugarem bons exemplos de diferentes formas de implementação do modelo ecológico-sistémico em IPI - uma consistente e reconhecida abordagem tanto teórica como prática no domínio da IPI e, complementarmente, uma ligação directa ao trabalho de pesquisa, realizado por três universidades nos três locais, o que permitiu aos especialistas discutir e descobrir as principais características, as áreas fortes e as melhorias a implementar de acordo com a situação nos países participantes.

A análise desenvolveu-se em quatro fases, que contribuíram para este relatório síntese:

Fase de Informação: recolha dos contributos dos países envolvidos, de acordo com um modelo aprovado, discutido durante a primeira reunião, desenhado de modo a comparar as respostas e os serviços existentes nos países. Neste sentido, foi solicitado aos especialistas que:

- prestassem informação sobre as principais características dos serviços ou das respostas em IPI nos seus países,
- apresentassem um trajecto, a que se chamou “linha de vida”, seguido por uma criança necessitada de IPI dos 0 aos 6 anos e sua família: identificação do tipo de apoio oferecido pelos recursos disponíveis, de acordo com a idade da criança; serviços responsáveis pela prestação do serviço, e respectivos comentários.

Fase de Intercâmbio: partilha e discussão de questões previamente acordadas, consideradas relevantes para a IPI e baseadas em três exemplos: Munique na Alemanha, Coimbra



em Portugal e Västerås na Suécia. Os três locais ofereciam possibilidades de analisar os diferentes modos, como o modelo teórico ecológico está implementado e, também, de realçar semelhanças e diferenças nos serviços e respostas prestadas nos países envolvidos no projecto. Os contributos dos profissionais e dos pais nos três locais seleccionados enriqueceram, indubitavelmente, a discussão.

Fase de Discussão: discussão global sobre o estado actual e clarificação dos conteúdos das três reuniões. Foi longamente discutido um esboço de documento versando os principais resultados das análises efectuadas durante as reuniões. Esta importante fase contribuiu para a elaboração do relatório final, resultante de uma aprofundada discussão interna sobre todos os aspectos abrangidos por este documento.

Fase de Validação: validação de resultados no seminário final, através de uma discussão aberta sobre os principais resultados atingidos pelo grupo de especialistas e parceiros exteriores envolvidos. Foram convidados para esta fase final pais, profissionais, responsáveis políticos e investigadores envolvidos na IPI.

O termo **intervenção precoce na infância** é utilizado neste documento em lugar de intervenção precoce, principalmente para evitar qualquer equívoco ou confusão com o conceito de intervenção precoce entendido como necessidade de qualquer acção a ser tomada para apoiar qualquer criança e sua família, o mais cedo possível, durante a sua educação e, também, para realçar que a acção é focalizada na criança com necessidades educativas especiais dos zero aos três anos, no máximo seis anos de idade.

O relatório síntese está estruturado da seguinte forma: O **Capítulo Um** deste documento apresenta um breve resumo do enquadramento teórico que define o âmbito da IPI, baseado em publicações relevantes sobre esta temática. São descritas as definições bem como os principais objectivos.



No **Capítulo Dois** são apresentados os resultados da análise realizada. Esta análise abrange as respostas e a organização dos serviços de IPI nos países envolvidos. Reflete, igualmente, as discussões aprofundadas acerca dos três exemplos mencionados. Em resultado destas discussões foi realçado um conjunto de aspectos-chave a considerar em IPI. Estes aspectos estão sujeitos a uma série de considerações e de desafios que se colocam às famílias e profissionais.

No **Capítulo Três** são apresentadas recomendações, especialmente dirigidas a profissionais.

Este documento constitui um relatório síntese das discussões, experiências e informações fornecidas pelos especialistas nacionais. Os interessados poderão encontrar informação adicional sobre a IPI nos vários países, as pessoas a contactar e a referência a publicações relevantes na *website* da European Agency: <http://www.european-agency.org/eci/eci.html>



1. INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA: ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A Intervenção Precoce na Infância é considerada uma área-chave de análise a nível Europeu. Foi uma das áreas temáticas no quadro do programa de Acção Comunitária, Hélios II (1993-1996), com importantes reflexões na perspectiva da educação e da reabilitação. Os resultados de ambos os sectores constituíram a base do documento publicado pela European Agency que apresenta o estado da arte nos diferentes países, em 1998. Estes documentos, o Manifesto Eurlyaid (European Association on Early Intervention) (1991), bem como publicações relevantes, forneceram uma boa visão do desenvolvimento desta área aos níveis teórico, político e prático.

Os documentos europeus e internacionais publicados nos últimos 20 a 30 anos, que abordam conceitos, princípios e métodos em IPI, mostram a **evolução de ideias e de teorias**. Os contributos de diferentes autores com várias perspectivas teóricas ajudaram à evolução dos conceitos e, conseqüentemente, das práticas. As suas contribuições foram duplas:

1. Construíram um novo conceito de IPI, no qual as ciências da saúde, a psicologia, as ciências da educação e as ciências sociais se encontram directamente envolvidas, o que corresponde a uma situação diferente da do passado, quando estas ciências tinham impactos relativamente diferentes e nem sempre inter-relacionados.
2. Realçaram os avanços na mudança de uma intervenção essencialmente focalizada na criança, para uma abordagem cada vez mais ampla, na qual o enfoque já não é apenas orientado para a criança mas também para a família e comunidade (Peterander et al.; Blackman, 2003).

A forma como as ciências humanas e as ciências da saúde têm vindo a progredir e a serem envolvidas nos últimos anos, assim como as mudanças sociais, tiveram uma influência directa nos conceitos e nos métodos presentemente utilizados em IPI.



A evolução do conhecimento no domínio do desenvolvimento do cérebro realçou o efeito da experiência precoce no aumento e estabelecimento de ligações neuronais (Kotolak, 1996). Segundo Park & Peterson (2003), a investigação recente sobre o desenvolvimento do cérebro parece provar que as experiências positivas e ricas durante os primeiros anos da infância podem ter efeitos positivos no desenvolvimento do cérebro, ajudando as crianças na aquisição da linguagem, a desenvolver competências na resolução de problemas, a estabelecer relações saudáveis com os pares e adultos e a adquirir diferentes competências de grande importância ao longo da vida. Desde o nascimento, ou mesmo desde a concepção, até aos primeiros anos de vida, a forma como a criança se desenvolve não pode ser comparada com outro qualquer estadio posterior da vida (Shonkoff, 2000). Mas, como sublinha este autor, o desenvolvimento pode ser seriamente comprometido por “alterações” sociais e emocionais.

Diferentes investigações e debates referem o impacto directo e irreversível do desenvolvimento precoce sobre o desenvolvimento ao longo da vida sem prova evidente de uma fixa e rígida relação de causa-efeito. Todavia, é aceite que aquilo que acontece durante os primeiros meses e nos primeiros anos de vida tem um efeito posterior aos diferentes níveis do desenvolvimento da criança:

‘Não importa saber por que razões a lesão precoce é irreversível, por que razões as oportunidades em falta não podem ser conseguidas mais tarde, ou ainda por que razão os primeiros anos de vida estabelecem uma marca indelével, condicionando a vida adulta: a lesão precoce pode ser reversível, algumas oportunidades perdidas podem ser conseguidas mais tarde e as consequências no adulto não têm inexoravelmente origem nas experiências de infância. Mais precisamente, os primeiros anos de vida são importantes na medida em que a lesão precoce pode comprometer seriamente as perspectivas de vida das crianças. Compensar oportunidades perdidas requer, muitas vezes, uma intervenção contínua e mais tardia no ciclo de vida. Os trajectos precoces determinam um estadio forte ou um estadio frágil sobre o qual



o desenvolvimento subsequente é construído” (Shonkoff & Phillips, 2000, p. 384).

Várias teorias da psicologia e da educação contribuíram para a consolidação de uma abordagem alargada da IPI: de teorias focalizadas na natureza “dicotômica” *nature versus nurture*¹, entendendo o desenvolvimento das crianças como um processo em aberto (“tábua rasa”) onde tudo é possível e resultante da influência do adulto – positiva ou negativa – para um estilo mais determinista.

Teorias fundamentais sobre o processo de desenvolvimento e de aprendizagem na criança, tal como a abordagem maturacionista de Gesell (1943), o condicionamento operante de Skinner (1968) e a epistemologia genética de Piaget (1969), exerceram uma grande influência na IPI. Um elemento comum implícito nestas teorias relativamente a estratégias educativas e possibilidades para crianças muito pequenas com necessidades educativas especiais é a focalização na criança e nas suas limitações, tomadas em consideração independentemente do ambiente onde vive.

Estudos posteriores, elaborados por diferentes autores, colocaram especial ênfase sobre:

- a) o papel da família e dos prestadores de cuidados no desenvolvimento da criança – teoria da vinculação² (Bowlby, 1980; Ainsworth et al, 1978);
- b) o impacto das interações sociais – teoria da aprendizagem social (Bandura, 1977), teoria do desenvolvimento social (Vygotsky, 1978), modelo transacional de comunicação (Sameroff and Chandler, 1975, Sameroff and Fiese, 2000);
- c) a influência no desenvolvimento das interações com os outros e com o ambiente– ecologia humana (Bronfenbrenner, 1979).

¹ N. do T. – Costuma traduzir-se esta dicotomia, hoje ultrapassada, por “hereditariedade versus meio”

² N. do T. – Vinculação é o termo habitualmente utilizado para “*attachment*”



Uma nova perspectiva, embora intimamente relacionada com as previamente mencionadas, foi levantada pela abordagem ecológico-sistêmica. Porter (2002) define esta abordagem como uma perspectiva do desenvolvimento das crianças nas seguintes formas:

Holística: significando que todas as áreas do desenvolvimento cognitivo, linguagem, desenvolvimento físico, social e emocional, estão inter-relacionadas.

Dinâmica: é o princípio do “melhor ajustamento”, *que determina que para ser elemento facilitador, o ambiente necessita de se alterar para responder às necessidades individuais* (Horowitz, 1987, citado por Porter, 2002, p. 9).

Transacional: de acordo com o modelo de Sameroff e de Chandler (1975), o desenvolvimento é facilitado por uma interação bi-direccional e recíproca entre a criança e o seu ambiente. Os produtos desenvolvimentais são entendidos como o resultado da interação contínua e dinâmica entre o comportamento da criança, as respectivas respostas do prestador de cuidados e as variáveis relacionadas com o ambiente, que podem influenciar quer a criança quer o prestador de cuidados.

Singular: o conhecimento ou desenvolvimento é singular, os indivíduos constroem as suas próprias e únicas perspectivas.

A abordagem ecológica fornece uma forma sistemática de analisar, compreender e registar o que está a acontecer às criança e jovens com as suas famílias e o contexto alargado no qual vivem (Horwath, 2000). Esta abordagem tem também um impacto no desenvolvimento dos modelos de currículo dirigidos à educação precoce na infância:

“Desloca a ênfase educacional do dizer às crianças o que elas devem saber, para o ouvir e responder à riqueza das suas vidas no presente” (Porter, 2002, p. 9).

Presentemente, a abordagem ecológico-sistêmica está muito disseminada e pode ser considerada uma referência em IPI. Resulta de uma mudança do propósito da intervenção enquanto um processo complexo que já não pode estar



focalizado apenas na criança, mas que necessita de considerar o seu ambiente imediato e mediato.

A influência do modelo ecológico é também evidente no Programa Head Start dos EUA dirigido a crianças de meios sócio-económicos baixos dos zero aos cinco anos, crianças de um a três anos e suas famílias. Este programa tem por objectivo preparar as crianças em desvantagem, o mais cedo possível, para terem sucesso na escola. O programa é financiado pelo Departamento Federal de Saúde e Serviços Humanos e inclui o envolvimento da educação regular e especial, da saúde, dos serviços sociais e dos pais.

As **definições de IPI** que a seguir apresentamos abrangem diferentes aspectos contemplados numa abordagem ecológica. Guralnick (2001) define IPI como um sistema planeado para apoiar os padrões de interacção das famílias que melhor promovam o desenvolvimento da criança. Para este autor, o enfoque é colocado nas transacções pais-criança, nas experiências da criança que ocorrem no seio da família e na ajuda prestada aos pais de forma a maximizar a saúde e a segurança dos seus filhos.

Para Shonkoff & Meisels (2000), a IPI consiste em serviços multidisciplinares prestados às crianças dos zero aos cinco anos de idade. Os seus principais objectivos são: *promover a saúde e o bem-estar da criança; impulsionar a emergência de competências; minimizar os atrasos no desenvolvimento; remediar as incapacidades existentes ou emergentes; impedir a deterioração funcional; promover a adaptação parental e o funcionamento global da família.*

Blackman (2003) considera que “o objectivo da intervenção precoce [na infância] é prevenir ou minimizar as limitações físicas, cognitivas, emocionais das crianças com factores de risco biológico ou ambiental” (p. 2). O autor sublinha o papel-chave a desempenhar pelas famílias como um factor de sucesso da intervenção.



Dunst (1985) define IPI como “a prestação de apoio (e recursos) às famílias de crianças nos primeiros anos de vida, por membros das redes de apoio social formais ou informais, que tenha impacto quer directa quer indirectamente no funcionamento dos pais, da família e da criança” (Dunst, 1985, p. 179).

Trivette, Dunst & Deal (1997) desenvolvem a ideia de IPI como uma abordagem baseada em recursos:

“Contemporaneamente, as práticas de intervenção precoce [na infância] são, em grande medida, e em primeiro lugar, conceptualizadas em termos de soluções baseadas em serviços para responder às necessidades da criança e da família. Quer isto dizer que, os programas de intervenção precoce [na infância] geralmente definem as suas relações com a criança e suas famílias em termos de serviços específicos que o programa oferece e, por vezes, que outros programas prestam (daí a coordenação inter-serviços). Esta forma de conceptualizar as práticas de intervenção precoce [na infância] é tanto limitada como limitadora porque não considera explicitamente o valor das fontes de apoio para além dos serviços profissionais formais. Pelo contrário, uma abordagem centrada nos recursos para responder às necessidades da criança e da família é não só extensiva como expansível porque coloca o enfoque na mobilização de um conjunto de apoios da comunidade” (p.73).

No enquadramento da análise realizada pela European Agency, o grupo de especialistas sugeriu a seguinte definição operacional:

IPI 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.*



Estas acções devem ser realizadas no contexto natural das crianças, preferencialmente a nível local, com uma abordagem em equipa multi-dimensional orientada para a família.

Um elemento importante que aparece em diferentes definições é a ideia de **prevenção** como parte do trabalho de intervenção. Simeonsson (1994) listou três níveis de prevenção e intervenção, tendo em atenção *quando* as acções preventivas deveriam ocorrer:

A *prevenção primária* tem por objectivo reduzir o número de novos casos identificados de uma determinada condição ou problema na população (incidência). Por exemplo, reduzir novos casos através da identificação das crianças em risco. A prevenção primária inclui medidas de prevenção das alterações ou circunstâncias que podem conduzir a incapacidades (WHO, 1980). De acordo com Mrazek e Haggerty (1994) a prevenção primária refere-se a “intervenções que ocorrem antes do começo de uma alteração” (p. 23). Estas acções podem ser: a) *universais*, como as medidas de saúde dirigidas a todas as crianças e famílias, por exemplo, programas de imunização para toda a população; b) *selectivas*, dirigidas a uma determinada população, por exemplo, grupos de risco; c) *indicadas* para uma população, por exemplo, indivíduos com um risco identificado.

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 (prevalência).

A *prevenção terciária*: tem por objectivo reduzir as complicações associadas a problemas ou a condições identificadas, limitar ou reduzir os efeitos de uma alteração ou incapacidade, actuando quando estes já estão instalados.

Estes três níveis podem ser entendidos de uma forma abrangente, tendo em atenção o modelo “bio-psico-social” de funcionalidade e incapacidade, publicado pela OMS (Organização Mundial de Saúde, CIF, 2001). De acordo com esta abordagem, a prevenção em IPI não pode, apenas, ter em conta as condições de saúde da pessoa, mas deve, também, atender ao seu ambiente social:



... a funcionalidade de um indivíduo 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: intervenções a nível de uma componente podem potencialmente modificar uma ou mais das outras componentes (p.19).

Tendo em conta todas as características e princípios que constituem as bases conceptuais da IPI, emergem dois aspectos que conferem um carácter específico ao trabalho a realizar neste campo, quando comparado com outras fases da educação de uma criança: a idade precoce da criança e o carácter complexo e multidimensional da tarefa.

A combinação destes dois factores requer:

- Esforço conjunto dos diferentes sectores envolvidos;
- Interação dos diferentes actores;
- Colaboração de todos os serviços envolvidos;
- Envolvimento e participação directa dos pais (e outros membros da família).

Apenas uma eficiente combinação de acções e de intervenções poderá ajudar a garantir um bom resultado de qualquer intervenção dirigida às crianças.

Este aspecto está directamente relacionado com o **impacto** da IPI. Alguns autores referem-se ao domínio da IPI como o único que fornece medidas eficientes para lutar contra uma futura exclusão social e ou educativa (Nicaise, 2000). Guralnick (1997) referiu que a investigação levada a cabo nos anos 70 *“demonstrou a eficácia e a exequibilidade dos programas de intervenção precoce [na infância], para crianças nascidas em risco bem como para aquelas com incapacidades estabelecidas* (p. xv). De acordo com este autor, investigações posteriores deverão demonstrar *quais as intervenções que melhor resultam, para quem, sob que condições e para que fins* (Guralnick, 1997, p. xvi).



As discussões levadas a cabo durante as reuniões de trabalho revelaram que, para medir o impacto e a eficácia da IPI, devem ser tidos em conta todos os níveis envolvidos, a saber:

- *A criança*: o progresso verificado e, sempre que possível, a auto percepção que a criança tem de si própria.
- *A família*: o nível de satisfação da família.
- *Profissionais*: o nível de satisfação e competência.
- *Comunidade*: o nível de satisfação, benefícios, custo/efeito do investimento, etc.

A avaliação externa de todos estes níveis necessita de ser realizada para que se identifiquem indicadores qualitativos. Muitas vezes, as avaliações externas são demasiado padronizadas, consomem muito tempo, são altamente dispendiosas e muito focalizadas em indicadores quantitativos.

Este enquadramento conceptual forneceu as bases para as reflexões e discussões efectivadas durante o período de análise. O capítulo seguinte apresenta a forma como os diferentes serviços de IPI estão organizados nos vários países Europeus, bem como as suas principais características e desafios.



2. ANÁLISE DO PROJECTO INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA

2.1. Serviços Disponíveis nos Diferentes Países

A **organização** da IPI não é homogénea nos diferentes países envolvidos nesta análise. Contudo, todos os países oferecem serviços/respostas e apoio a crianças desde o nascimento e a suas famílias. Em alguns países nórdicos, por exemplo, uma enfermeira dos serviços de saúde visita, com regularidade, todas as crianças no domicílio, durante o primeiro ano de vida, aconselhando e apoiando os pais nas suas novas tarefas. Este tipo de acompanhamento pode ser prolongado, por exemplo, até aos dois anos e meio, no caso de existirem problemas identificados precocemente. Noutros países, também é disponibilizado este acompanhamento domiciliário feito por enfermeiras, mas apenas a um nível secundário, uma vez detectado o risco no recém-nascido.

Após a detecção precoce, é oferecido um número significativo e diversificado de serviços. Em alguns casos, a IPI pode ser prestada num hospital por uma equipa especializada, mas, em geral, este é o momento em que os serviços sociais e educacionais ficam totalmente envolvidos.

É difícil, se não impossível, sumariar a complexidade da organização dos serviços e respostas em diferentes países, sem omitir informação relevante. Os interessados nas situações dos países, podem encontrar informação na área da IPI na website on-line da European Agency: <http://www.european-agency.org/eci/eci.html>

Não obstante a heterogeneidade dos serviços, podem ser realçadas algumas **características** comuns:

*Disponibilidade*³: um objectivo comum da IPI é abranger, tão cedo quanto possível, todas as crianças e famílias que

³ N.do T. – Corresponde ao conceito de “availability”



necessitem de apoio. Este objectivo é de grande prioridade nos países com população dispersa ou em zonas rurais isoladas, de forma a compensar as diferenças entre as áreas rurais e urbanas no que respeita à disponibilização dos recursos e a garantir que as crianças e famílias, que requerem apoio, possam beneficiar da mesma qualidade de serviços.

*Proximidade*⁴: em primeiro lugar, tem sido feito um grande esforço na descentralização de serviços ou respostas para garantir que a população alvo seja atingida. Os serviços devem ser disponibilizados tão perto quanto possível das famílias, aos níveis local e comunitário. Nos últimos 10-20 anos foi feito um esforço no sentido de evitar que as famílias recorram a serviços muitas vezes localizados longe dos seus locais de residência, e, em vez disso ajudando os serviços a ir ao encontro das famílias. Em segundo lugar, a proximidade também corresponde à ideia de prestar serviços focalizados na família. No centro de qualquer acção deverá estar uma clara compreensão e respeito pelas necessidades das famílias.

*Viabilidade financeira*⁵: em todos os países⁶ os serviços são oferecidos às famílias gratuitamente ou a baixo custo. Esta gratuidade é garantida através de fundos públicos assegurados quer por serviços da saúde, da segurança social ou autoridades locais, quer por companhias de seguros e associações não lucrativas. Estas opções podem coexistir, mas, também, podem ser possíveis outras soluções. Num pequeno número de países, também existem, como opção, serviços privados totalmente pagos pelas famílias.

Inter-disciplinaridade: os profissionais que têm a seu cargo o apoio directo a crianças e suas famílias pertencem a diferentes áreas disciplinares e, conseqüentemente, têm diferentes experiências de acordo com o serviço a que pertencem. O

⁴ A palavra *proximidade* no texto tem um duplo sentido: perto de um lugar e de uma pessoa

⁵ N. do T. - Corresponde ao conceito de “affordability”

⁶ Refere-se a serviços públicos e privados financiados com fundos públicos.



trabalho interdisciplinar facilita o intercâmbio de informação entre os membros da equipa.

Diversidade de serviços: esta característica está directamente ligada à diversidade das áreas disciplinares (profissões) envolvidas na IPI. O envolvimento dos três serviços, designadamente saúde, segurança social e educação, embora sendo uma característica comum em vários países, constitui, ao mesmo tempo uma das principais diferenças. A visão mais abrangente do papel dos serviços/respostas pode ser obtida através da classificação dos níveis de prevenção em saúde pública, como se descreve no Capítulo 1 (Mrazek & Haggerty, 1994, Simeonson, 1994). A prevenção primária compreende acções que têm por objectivo reduzir perturbações ou problemas na população. A prevenção secundária tem por objectivo diminuir o número de casos existentes de um problema identificado. A prevenção terciária coloca o enfoque na redução das complicações que surgem de um problema identificado ou de uma perturbação. A prevenção primária é usualmente assegurada, em todos os países, pelos serviços de saúde, bem como pelos serviços sociais e educativos. Em alguns casos, é implementada por meio de uma regular vigilância médica e social da mulher grávida, ou através de um rastreio desenvolvimental das crianças em idades precoces, em hospitais ou nos centros de saúde ou serviços educativos locais. Todos estes serviços asseguram a primeira triagem geral, seguida de uma avaliação das necessidades, especialmente dirigida à população que apresente factores biológicos e sociais de risco, funcionando como o primeiro passo ao qual se segue a referência a outros serviços ou profissionais de saúde, em caso de necessidade.

As **diferenças e desafios** nos vários países parecem estar relacionados com a prestação dos serviços de IPI. Apresenta-se seguidamente uma breve visão global das diferenças-chave e desafios, agrupados em quatro questões:

1. Quando surge a IPI?

Esta questão está directamente relacionada com a detecção precoce, a avaliação e a referência. Como mencionámos



anteriormente, em todos os países envolvidos no projecto, os serviços de saúde são o principal grupo responsável por estes três passos que integram a prevenção primária, embora os serviços sociais e educativos estejam também envolvidos. Todos os países concordam com a importância de “agir” o mais cedo possível e de assegurar um processo contínuo. As dificuldades surgem quando existe um intervalo significativo entre a detecção precoce, a avaliação e a referenciação, devido a muitas razões, tais como: a detecção tardia, no caso de problemas sociais ou psicológicos, dada a dificuldade em detectar estas situações através de controlos médicos ou, ainda, porque existe falta de coordenação entre as respostas e/ou as equipas disponíveis. Embora tenham sido realizados grandes progressos, existe ainda a tendência para usar a política de “esperar para ver” face a problemas menos visíveis (especialmente os sociais e psicológicos), o que poderá ter consequências mais tarde.

2. Durante quanto tempo?

Contrariamente ao caso da América do Norte, onde a IPI tem lugar desde o nascimento até aos três anos de idade, nos países europeus a duração da IPI é variável. Por princípio, o apoio é prestado à criança e à família até a criança entrar no sistema escolar e ficar sob a responsabilidade dos serviços educativos de apoio. Em alguns países, isto significa o início da escolaridade obrigatória. Contudo, parece não existir uma estratégia clara para esta fase de transição, e os profissionais das equipas de IPI sentem que necessitam de se disponibilizar para além das suas obrigações, devido à falta de coordenação ou de disponibilização de recursos.

3. Quem coordena?

Em diferentes países existe um número significativo de recursos e de contextos variados. A diversidade deve, numa perspectiva de *marketing*, ser entendida como uma vantagem: quantas mais opções as famílias tiverem, melhores escolhas e decisões podem fazer. Contudo, isto não parece corresponder à realidade, já que, em muitos casos, as famílias têm dificuldade em identificar o caminho certo para a sua criança e nem sempre dispõem de informação clara sobre as diferentes



perspectivas. Aparentemente, este significativo número de respostas corresponde a uma situação reactiva, onde os serviços foram criados mais com o objectivo de responder aos pedidos ou necessidades imediatas do que em resultado de uma política planeada.

Em todos os países envolvidos no projecto, podem ser encontrados centros de IPI, embora existindo diferenças entre eles, excepto no caso dos países nórdicos onde os serviços de saúde, de segurança social e de educação partilham o processo da IPI a nível local.

Uma tendência comum, referida por diferentes países, é a necessidade de ajustar as tarefas dos profissionais e o plano de trabalho de acordo com as necessidades e desejos das famílias, qualquer que seja a localização das respostas e dos serviços. Os profissionais trabalham “com e no seio” das famílias tanto quanto necessário e com a sua concordância. Contudo, também trabalham, se necessário, nos contextos educativos que a criança frequenta (centro de dia, jardim de infância, etc.), ou num centro especial, ou ainda num serviço/centro de IPI.

4. O que deve ser feito?

Este aspecto é descrito, detalhadamente, na secção seguinte. Importa referir que ainda se observa, em todos os países da Europa, uma dicotomia entre a abordagem médica e a abordagem social, relativamente à intervenção junto de crianças em idades precoces.

2.2 Aspectos-chave

Os encontros de trabalho organizados no âmbito do projecto constituíram uma oportunidade para discutir um conjunto de aspectos relevantes no domínio da IPI:

Grupos-alvo: tipo de população referenciada para as equipas e/ou respostas de IPI; as mudanças verificadas nos últimos anos relativamente à idade e características das crianças e às condições para beneficiarem de IPI;



Trabalho de equipa: profissionais envolvidos na IPI, seu papel e responsabilidades e a participação dos serviços educativos;
Formação dos profissionais: *formação inicial e formação complementar* seguida pelos profissionais de IPI;
Ferramentas de trabalho: desenvolvimento de um plano individualizado de apoio à família ou documento equivalente e seu acompanhamento.

Note-se que não existe nenhum capítulo dedicado exclusivamente ao envolvimento dos pais⁷, dado que se considera que este é condição essencial em todos os aspectos relacionados com a IPI. Os pais actuam como co-parceiros dos profissionais, de forma a fortalecer, sempre que necessário, as suas competências e autonomia e, juntamente com os profissionais, responder às necessidades da criança. Mesmo que o foco principal seja colocado nos pais, o importante papel e apoio prestado pelos outros membros da família não pode ser negligenciado. Tendo isto em atenção, apresentam-se seguidamente os principais resultados da discussão.

2.2.1 Grupos-alvo

Tiveram lugar discussões sobre o tipo de população referenciada para as equipas ou respostas de IPI: crianças que apresentam factores de risco biológico e/ou social e suas famílias. Os especialistas fizeram os seguintes comentários:

Um número crescente de crianças apresenta problemas psicológicos e sócio-emocionais, sem qualquer evidência se isso se deve ou não a uma mais elevada proporção destes problemas na população, ou a uma mudança na consciencialização dos pais. Talvez alguns pais sejam mais ansiosos, estejam melhor informados e sejam mais sensíveis ao desenvolvimento da criança do que no passado e, conseqüentemente, mais propensos a pedir ajuda e apoio.

Há uma grande preocupação sobre se a *população de risco*, no seu sentido lato, deva ser objecto da IPI. Na maioria dos países envolvidos neste projecto, para que uma criança beneficie de

⁷ No sentido de participarem activamente em todo o processo da IPI.



intervenção precoce na infância tem que lhe ser diagnosticado um problema. O facto de ser considerada “de risco” não é suficiente para receber IPI. A acção preventiva, dirigida à população em risco, é a principal tarefa de outros serviços que procuram garantir um sério controlo e acompanhamento da criança (principalmente no caso de factores de risco biológico) ou cuidar da família (principalmente no que respeita a factores de risco social). Em muitos casos, um eficiente aconselhamento dos pais dispensa qualquer intervenção posterior. Os factores de risco, só por si, não são condição para uma IPI, na medida em que existam factores protectores que actuam em favor da criança e da família. Deve ser enfatizado o difícil papel dos serviços de prevenção: têm que o desempenhar bem (o que não é fácil) e têm que estar conscientes dos riscos provocados pelas atitudes de “esperar para ver”.

Em alguns países existe também uma clara preocupação quanto ao facto de o pedido e o acordo dos pais ser uma condição “*sine qua non*” para qualquer intervenção. Esta situação pode resultar em risco de exclusão de algumas crianças necessitadas de IPI ou levar a uma intervenção tardia. (como consequência da falta ou da má coordenação nas fases de prevenção, de informação e de referência).

2.2.2 Trabalho em equipa

O primeiro ponto da discussão focalizou o envolvimento crescente dos serviços de educação na área da IPI, a composição e a organização da equipa.

A situação nos países a que aludimos na primeira parte deste capítulo, é bastante diferente quanto à organização dos serviços; mas tanto no modelo médico como no modelo social está sempre presente uma abordagem interdisciplinar. Os serviços e respostas variam de uma simples “justaposição” de profissionais a um verdadeiro trabalho de equipa, específico dos modelos ecológico-sistémicos de IPI.

Construir um verdadeiro trabalho de equipa não é tarefa fácil. Requer duas componentes fundamentais: interdisciplinaridade



e cooperação. Como definiu & Ducanis (1981), uma equipa multidisciplinar partilha e coordena informação. As tarefas são efectuadas individualmente conforme as competências dos membros da equipa e a informação é partilhada e usada de forma a completar a tarefa de cada membro (Golin & Ducanis, op cit). As decisões são tomadas pela equipa no seu todo, tendo em conta as opiniões individuais. O número de profissionais numa equipa não é crucial: ele deve depender das necessidades da criança e da família.

Cooperação significa, em primeiro lugar, trabalhar com a família como um parceiro essencial a ser completamente implicado em todo o processo. Significa, também, trabalhar com os outros membros da equipa e com outros serviços ou redes, por exemplo, serviços da saúde, da educação ou sociais. Implica igualmente a partilha de conceitos e de referências teóricas e uma atitude aberta e de respeito para com as famílias e colegas.

É necessário tempo para se ser bem sucedido na forma de pôr em prática estas duas componentes. Os membros da equipa devem partilhar os seus princípios e objectivos de forma a garantir a coordenação dentro da própria equipa, bem como com os serviços externos. Dois elementos podem favorecer este processo de construção da própria equipa: a designação de uma pessoa-chave que actue como “gestor de caso” e a formação em serviço, como seguidamente se descreve.

2.2.3. Formação dos profissionais

Tendo em atenção que os profissionais envolvidos na IPI vêm de diferentes áreas, e, portanto, nunca trabalharam juntos anteriormente, é essencial reflectir sobre o tipo de formação que necessitam para que se tornem aptos a cooperar. Durante as discussões foi sublinhado que se deveria prestar atenção a:

Formação inicial: a formação de diferentes profissionais com experiências diversas deve partilhar aspectos comuns, para que os diferentes profissionais da IPI complementem mutuamente os seus conhecimentos. A formação inicial dos futuros profissionais de saúde, da segurança social e da



educação deve incluir aspectos como trabalho com famílias, trabalho em equipa, desenvolvimento da criança, etc. O primeiro requisito é uma boa formação inicial adquirida pelos profissionais nos seus respectivos domínios. Apesar de o conhecimento especializado em IPI ser sempre uma vantagem, quase nunca se verifica nos países envolvidos no projecto, excepto na Holanda, Alemanha e Luxemburgo, onde as questões especiais em IPI são incluídas na formação inicial dirigida a educadores de ensino especial, a educadores sociais, “pedagogos” e a psicólogos.

Formação complementar: mesmo que o trabalho em IPI seja bastante complexo, não há necessidade de criar um novo tipo de profissionais que satisfaçam o adequado perfil para trabalhar nesta área. Isto contraria alguns princípios-chave em IPI como a interdisciplinaridade e o trabalho de equipa. Contudo, os profissionais, que trabalham em IPI, necessitam de frequentar alguma formação posterior para adquirirem uma base de conhecimentos comuns. Isto pode ser conseguido através de cursos de Mestrado ou de formação especializada, sob a forma de diferentes programas oferecidos por universidades ou instituições de ensino superior. Essa formação pode tomar a forma de cursos de formação especializada, organizados por universidades a pedido de equipas de IPI.

Tomando em consideração o trabalho que se espera que os profissionais desenvolvam, a formação complementar deve abranger as seguintes áreas:

- Conhecimento Básico: conhecimento aprofundado do desenvolvimento das crianças nos primeiros anos de vida, com e sem necessidades educativas especiais, e respectivo enquadramento teórico.
- Conhecimento Especializado: investigação recente no domínio da IPI, avaliação, métodos de trabalho, etc.
- Competências Pessoais: uma área-chave que diz respeito a todos os aspectos relacionados com o trabalho com/em famílias; trabalho em equipa; cooperação entre serviços bem como, desenvolvimento de competências pessoais como a auto-crítica,



competências de comunicação, estratégias de resolução de problemas.

Formação em Serviço: é crucial neste domínio porque ajuda a compensar as lacunas da formação inicial e a responder às necessidades dos profissionais envolvidos. É organizada nas e pelas equipas, sob a forma de encontros semanais, o que permite aos profissionais:

- organizar “discussões de caso”,
- partilhar conhecimentos e estratégias de trabalho,
- adquirir conhecimentos específicos veiculados por profissionais externos,
- discutir questões de gestão, internamente ou com especialistas externos,
- assegurar a supervisão externa,
- desenvolver competências pessoais.

Todos estes elementos têm por objectivo melhorar o trabalho em equipa e a qualidade dos serviços. Embora esta formação em serviço de tipo “informal” responda às necessidades imediatas dos profissionais, e por isso, tenha o seu valor, também apresenta algumas desvantagens. Frequentemente não é reconhecida pelas autoridades competentes, em termos de tempo de trabalho e de valor, porque ela é mais focalizada nos problemas do dia-a-dia e menos em amplas reflexões gerais sobre os objectivos, estratégias, métodos, etc. no âmbito da IPI. Isto pode levar a uma situação onde a responsabilidade e a iniciativa cabe apenas a cada equipa, individualmente.

Informação adicional sobre cursos de formação e de pós-graduação nos diferentes países está disponível na área *on-line* ECI na web em:

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

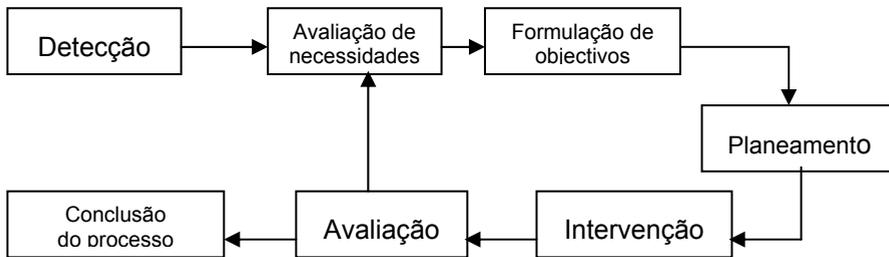
2.2.4. Ferramentas de trabalho

Quanto aos instrumentos de trabalho foram discutidas duas questões: avaliação e elaboração de um Plano Individual.

A avaliação deve ser orientada para os processos. Ela ocorre logo que um problema é detectado e determina, de uma forma



dinâmica e em conjunto com a família, o tipo de intervenção necessária, de acordo com o seguinte esquema:



O diagnóstico faz parte deste processo, juntamente com a avaliação, e tem lugar principalmente no início. A avaliação presta atenção à situação da criança e da família *num determinado momento específico* de forma a determinar as suas necessidades e pontos fortes. Tendo em conta que esta situação se pode alterar, a avaliação deve ser permanentemente revista. O resultado da avaliação não deve ser entendido como estático ou permanente, influenciando, deste modo, as expectativas e percepções de profissionais e famílias. A avaliação ajuda a formular os objectivos, a planear, e a determinar o tipo de intervenção requerida, o qual será posteriormente avaliado. O resultado da avaliação ou determina a conclusão do processo ou requer o prosseguimento para uma nova fase de avaliação de necessidades. É necessário aqui sublinhar que, é fundamental o envolvimento das famílias, as quais desempenham um papel activo durante todo o processo.

Também é importante garantir que todas as fases do processo sejam concluídas, sem lacunas. A este propósito, Guralnick (2001) define avaliação (avaliação interdisciplinar abrangente) como uma componente vital do modelo de sistema desenvolvimental, que permitirá obter informação essencial sobre a criança com problemas estabelecidos ou com suspeitas de problemas e que facilitará planos futuros e recomendações. Este autor aconselha os profissionais, em caso de necessidade, a prosseguir imediatamente com uma IPI



preliminar, mesmo antes de estar reunida toda a informação decorrente da avaliação.

A avaliação é um momento essencial para fortalecer a cooperação entre pais e profissionais, estabelecida através do desenvolvimento de Planos Individuais ou de um **Plano Individual de Apoio à Família (PIAF)**.

Existem vários tipos de planos e com diferentes designações nos países envolvidos no projecto. Em alguns casos desenvolve-se, conjuntamente com a família um Plano Familiar, que se traduz numa espécie de “contrato estabelecido”, abrangendo o que tem de ser realizado e, posteriormente, avaliado. Noutros casos são delineados, em conjunto com a família, diferentes planos consoante os serviços envolvidos. Foram, ainda referidas situações em que não existe um plano formal e as famílias são sistematicamente informadas pela equipa do trabalho que se desenvolve. Existem também situações em que o plano diz, principalmente, respeito à criança e não à família.

Seja qual for a designação, um plano dirigido e desenvolvido em conjunto com as famílias é de uma importância crucial para a garantia do envolvimento, da participação, do *empowerment* das famílias e do respeito pelas suas necessidades, prioridades e expectativas.

O facto de a IPI apresentar características diversas nos diferentes países europeus e da sua duração ser variável, introduz um elemento positivo de flexibilidade na elaboração do plano. Este documento nem sempre é motivo para uma conclusão legal e admite ajustamentos, de acordo com a especificidade de cada situação e dos serviços de apoio à criança e família, embora a família deva ser considerada como a proprietária de tal documento. Isto ajuda a garantir a confidencialidade da informação, evitar repetições desnecessárias de documentos similares produzidos por diferentes serviços e economiza muito tempo às famílias e crianças.



Tal documento também facilita a transição entre serviços, especialmente a transição para a escola. Quando uma criança entra no sistema escolar, a um Plano de Apoio à Família deve seguir-se um Plano Educativo Individual, o qual é centrado na criança e focalizado nas suas necessidades educativas.

Todos os elementos descritos neste capítulo são ilustrados por três situações de IPI que sumariamos seguidamente.

2.3 Três Exemplos Específicos de IPI

Nesta secção são apresentados exemplos de **Munique**, **Coimbra** e **Västerås**. Visitas a estes três locais, intercâmbio de informação e discussões abertas com profissionais locais e uma mãe, em Västerås, permitiram enriquecer as discussões gerais e perceber como os princípios teóricos são implementados na prática.

A razão pela qual se apresentam pequenos resumos destes exemplos decorre do interesse que os mesmos poderão ter para outros profissionais, permitindo-lhes fazer comparações com as suas próprias práticas e motivar a reflexão. Estes resumos não devem, em nenhum momento, ser entendidos como uma espécie de avaliação ou de juízo, o que seria contrário ao propósito deste documento.

Seguidamente apresentam-se, de forma resumida as visões gerais dos sistemas de IPI na Alemanha, Portugal e Suécia, seguidas de descrições das principais características da intervenção nestes três locais. No final desta secção é apresentado um conjunto de semelhanças e de diferenças.

2.3.1 Principais características

A informação apresentada nas secções que se seguem foi retirada do trabalho de investigadores de cada um dos países. O texto em itálico indica transcrições feitas a partir de obras publicadas, enquanto que o restante é constituído por extractos do trabalho dos próprios investigadores.



A informação relativa a Munique, Alemanha, foi retirada de Franz Peterander (2003); relativamente a Coimbra, Portugal, a informação foi retirada de Bairrão, Felgueiras e Chaves de Almeida (1999) e Felgueiras e Breia (2004); a informação relativa a Västerås, Suécia, foi retirada de Björck-Akesson e Granlund (2003).

Munique (Alemanha)

Na Alemanha mais de mil instituições oferecem IPI a crianças com deficiências. Estes centros de IPI estão, sobretudo, a cargo, das principais instituições nacionais de solidariedade, como a Caritas, Diakonie, Paritätischer Wohlfahrtsverband e Lebenshilfe. O sistema de IPI varia de estado para estado, com estruturas, sistemas de financiamento e recursos diferentes. O sistema inclui centros multidisciplinares de IPI, centros sócio-pedagógicos, jardins de infância especiais, centros de dia e centros educativos e de aconselhamento para famílias. Em 1973, o relatório *A Identificação Precoce e a Intervenção Precoce de Crianças com Incapacidades* elaborado por Otto Speck, a pedido do Ministério da Educação Alemão, estabeleceu a base para um sistema inclusivo de IPI interdisciplinar, em primeiro lugar na Baviera, recomendando a criação de centros de IPI regionais, orientados para a família e interdisciplinares.

Na Baviera, 4% das crianças com mais de 3 anos precisam de intervenção. Em 2002, 123 centros de IPI proporcionaram uma sólida rede de apoio precoce de fácil acesso a todos; nenhum centro está a mais de 10 km de qualquer família. É prestado tratamento a 25 000 crianças e jovens, dos quais 50% são apoiados nos centros em regime externo e 50% recebem apoio domiciliário, através de equipas móveis. As crianças que recebem serviços de IPI têm várias deficiências e um terço destas apresenta deficiências cognitivas severas ou deficiências físicas. A média de idades é de 3-4 anos e, aproximadamente, 14% (mais de 25% em áreas urbanas) são imigrantes.

O tratamento, de acordo com a necessidade individual, inclui uma ou duas sessões semanais durante dois anos. Uma média



de 11 terapeutas de diferentes áreas trabalha em conjunto e continuamente na equipa de IPI. Em média a equipa mantém-se no mesmo centro entre 5-7 anos, o que significa que se podem desenvolver equipas competentes. O trabalho em equipa é essencial para que uma IPI seja bem sucedida, tendo em conta que todos os profissionais se complementam. Esta cooperação entre especialistas requer uma partilha de pontos de vista e de ideias para cada caso individual; consenso nos aspectos conceptuais básicos, valores, objectivos, áreas especializadas e nas questões de organização.

A IPI (na infância) é gratuita e para todos. Os centros recebem financiamento para os pedidos, de uma ou duas sessões de intervenção semanais, cooperação parental, trabalho de equipa interdisciplinar e colaboração com parceiros exteriores ao centro. A intervenção precoce (na infância) é financiada por vários organismos: autarquias, seguradoras de saúde, o Ministério da Educação e o Ministério dos Assuntos Sociais da Baviera...

... O diagnóstico e a intervenção são unicamente direccionados para as necessidades individuais e ambientais da criança. Devido à mudança de paradigma de intervenção orientado para o défice e para a criança para um paradigma de intervenção precoce (na infância) holística e orientada para a família, não existe um curriculum genericamente aceite. A mudança dos conceitos teóricos reflecte-se, também, nos princípios subjacentes à prática da IPI na Alemanha. Os especialistas baseiam o tratamento na combinação destes princípios e indicadores da IPI que provaram ter tido sucesso bem como em ideias teóricas e conceptuais (abordagem holística, a orientação para a família, IPI regional e itinerante, interdisciplinaridade, trabalho de equipa, trabalho em rede e inclusão social)...

... Cada terapeuta deve trabalhar em colaboração com os pais e com a equipa interdisciplinar para desenvolver um percurso de intervenção que vá ao encontro das necessidades da criança. Uma característica essencial da qualidade em IPI é a ligação conceptual entre os serviços terapêuticos que são



colocados à disposição da criança e os serviços de aconselhamento, bem como, as oportunidades de cooperação com os pais. O modelo de cooperação em parceria caracteriza-se por um processo interactivo e de entendimento recíproco entre pais e especialistas. Os contributos de ambas as partes são igualmente importantes para o sucesso educativo (Peterander, 2003b, p. 302).

Coimbra (Portugal)

Em Portugal, até finais da década de 80, as crianças com necessidades especiais até ao início da escolaridade obrigatória eram fundamentalmente apoiadas pelos Serviços de Saúde e da Segurança Social, sendo a intervenção do Ministério da Educação muito reduzida.

Apesar do reconhecimento crescente da necessidade de desenvolver serviços para crianças com necessidades educativas especiais em idades mais precoces, o nível de cuidados prestados era muito incipiente. As poucas iniciativas existentes focalizavam-se, essencialmente, no diagnóstico e nas terapias, à semelhança do modelo médico então predominante para as crianças em idade escolar. Às famílias eram, sobretudo, disponibilizados apoios financeiros ou serviços de saúde mental.

No final da década de 80, inicia-se em Portugal uma nova etapa para a Intervenção Precoce na Infância (IPI). Surgem, então, algumas experiências inovadoras a nível de cuidados prestados a crianças com deficiência ou em risco, nos primeiros anos de vida. Nomeadamente, o projecto de IPI de Coimbra baseado na colaboração entre serviços, entre os sectores da Segurança Social, da Saúde, da Educação e, anteriormente, o Projecto *Portage* de IPI em Lisboa foram influenciando, favoravelmente, o desenvolvimento da IPI no país. Estes projectos tiveram um papel relevante na formação em serviço de diferentes profissionais.

Nesta fase, o “modelo Portage para Pais” teve uma influência decisiva, veiculando um modelo de apoio domiciliário em parceria com os pais que continha aspectos inovadores: uma



planificação de objectivos e estratégias de intervenção individualizada; um sistema organizativo económico e facilmente replicável dos recursos existentes (pirâmide de recursos), assente na colaboração interdisciplinar e entre serviços; um modelo de formação continuada e de supervisão dos visitadores domiciliários.

Pode dizer-se que, o desenvolvimento da IPI em Portugal foi um processo implementado de baixo para cima (*bottom-up*) que levou a uma progressiva tomada de consciência dos decisores políticos nesta área. Efectivamente, a acção empreendida por profissionais no terreno a nível local desempenhou um papel predominante no seu desenvolvimento. Ao tentar tirar proveito dos escassos e insuficientes recursos disponíveis através da colaboração entre serviços e da aplicação de linhas de financiamento de programas comunitários então existentes, as iniciativas denominadas Projectos Integrados de IPI surgiram em diversos pontos do país.

Em simultâneo, o Ministério da Educação foi-se envolvendo progressivamente na implementação de medidas de apoio para crianças com deficiências dos 0-6 anos. Nomeadamente, em 1997, o Ministério da Educação estabelece modalidades de afectação de recursos e apoios financeiros a projectos locais de IPI, que assentem na colaboração entre serviços de apoio educativo e instituições particulares de educação especial.

Em Portugal, a formação em serviço, proporcionada por diferentes entidades não académicas desempenhou, e desempenha ainda, um papel essencial no que se refere às qualificações de profissionais de IPI. De um modo geral, estas diferentes modalidades de formação orientam-se de acordo com as perspectivas teóricas e práticas, influenciadas pelo modelo e legislação norte-americana acerca da IPI. São tomadas em consideração algumas questões cruciais em IPI, com vista a ajudar os profissionais na mudança de práticas tradicionais para práticas mais eficazes, baseadas na evidência:



- De modelos centrados na criança e no défice para intervenções integrativas prestadas **no contexto natural da criança**;
- De intervenções paralelas, fragmentadas e mono-disciplinares (terapias isoladas) prestadas por diferentes profissionais, para um **trabalho em equipa interdisciplinar e de colaboração** e participação **integrada entre diferentes serviços**;
- De modelos “assistenciais” para um **modelo de fortalecimento (empowerment)** e de **práticas centradas na família** que considerem a família como uma unidade de intervenção.

A influência de modelos de desenvolvimento ecológicos (Bronfenbrenner; 1979, 1998) e transaccionais (Sameroff, 1975; Sameroff & Fiese, 1990) norteou a organização da IPI para um sistema de colaboração inter-serviços, visando a adopção de programas mais abrangentes em que a participação efectiva da família e da comunidade desempenham um papel preponderante.

Em 1999, foi publicado um diploma legal, consagrado exclusivamente à IPI (Despacho Conjunto nº 891/99), que define *“as linhas orientadoras da IPI para crianças com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento e suas famílias”*. Este foi um passo importante no sentido do reconhecimento e da identidade da IPI.

O Despacho Conjunto atrás mencionado define a IPI como:

“Uma medida de apoio integrado, centrado na criança e na família, mediante acções de natureza preventiva e habilitativa, nomeadamente do âmbito da educação, saúde e da acção social, com vista a:

- a) Assegurar condições facilitadoras do desenvolvimento da criança com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento;*
- b) Potenciar a melhoria das interacções familiares;*
- c) Reforçar as competências familiares como suporte da sua progressiva capacitação e autonomia face à problemática da deficiência”*.



Pela primeira vez, é assumido um compromisso político e governamental face à prestação de serviços no domínio da IPI. É definido um sistema organizativo e de financiamento, com uma coordenação inter-sectorial e com a colaboração dos sistemas público-privado. Os sectores da Educação, da Saúde e da Segurança Social partilham uma responsabilidade conjunta na implementação de *equipas de intervenção directa* a nível concelhio, de equipas de coordenação distritais e de um grupo interdepartamental a nível nacional.

Não obstante um progresso significativo ao longo dos anos, a prestação de serviços de IPI em Portugal enfrenta desafios importantes e requer esforços conjuntos com vista a:

- aumentar a cobertura, principalmente dos 0 aos 2 anos;
- promover a detecção precoce e a sinalização;
- tornar mais consistentes as práticas interdisciplinares e orientadas para a família;
- melhorar a qualidade e as oportunidades de formação profissional e
- promover uma maior consciencialização do valor da IPI entre os decisores políticos, profissionais e comunidade e a sua sustentabilidade.

A qualificação profissional, os resultados da pesquisa e a avaliação dos processos e dos resultados da intervenção junto das crianças e suas famílias são objectivos cruciais para a evolução e qualidade da IPI em Portugal.

Västerås (Suécia)

A filosofia sueca sobre a infância considera-a um período único na vida dos seres humanos. A infância tem o seu valor próprio e não é vista meramente como um período de preparação para a vida adulta. Por conseguinte, um papel importante do educador de infância é criar possibilidades para as crianças brincarem.

As autarquias (289) são responsáveis pelos serviços básicos para toda a população, incluindo os serviços de cuidados para a infância, os serviços escolares e os serviços sociais. A Suécia está dividida em regiões com 20 municípios governados



por conselhos municipais responsáveis pelos cuidados de saúde e pelos cuidados dentários, gratuitos para todas as crianças e jovens.

A IPI pode ser definida como as práticas de intervenção com crianças com necessidades de apoio especializado desde o nascimento até ao início da escolaridade, aos 6 ou 7 anos de idade. Os serviços de IPI estão orientados para a criança num contexto familiar/próximo. Tanto as comunidades como os conselhos municipais são responsáveis pela IPI com diferentes objectivos e grupos-alvo.

Num primeiro nível de prevenção, a comunidade tem a responsabilidade básica pelo bem-estar de todas as crianças e famílias e por assegurar condições aceitáveis de vida para todos. Num segundo nível, a comunidade é responsável pela intervenção na educação pré-escolar e pelos programas de cuidados para a infância. Num terceiro nível, a comunidade é responsável pela criação de um ambiente saudável para as crianças e suas famílias. Ao conselho municipal cabe proporcionar serviços de saúde e serviços médicos afins ao primeiro nível de prevenção dirigido a todas as crianças e famílias através dos Serviços de Saúde Infantil. Com a mudança das condições de vida, o enfoque dos Serviços de Saúde Infantil tem sofrido alterações deixando de ter como principal função os programas de vigilância e de imunização, para incluírem mais trabalho relacionado com os problemas psicossomáticos e sócio-emocionais, com a mudança dos papéis dos pais e com o apoio às famílias imigrantes. Grupos de pais e a educação parental perfilam-se como parte deste serviço.

Uma perspectiva centrada na família implica que a intervenção seja levada a cabo em situações naturalistas da vida diária. Assim, a IPI na Suécia é implantada basicamente num dos contextos naturais das crianças, na família e/ou na creche ou jardim-de-infância da comunidade. Tanto as comunidades como os conselhos municipais estão envolvidos no financiamento de tais serviços. A responsabilidade da comunidade inclui intervenções específicas a nível da



educação pré-escolar ou da prestação de cuidados às crianças no seio da família, apoio pessoal e cuidados temporários para crianças e famílias identificadas como necessitando de apoio especial. O conselho municipal é responsável por proporcionar os serviços, através de *Child Habilitation Centres (CHC)*, a crianças com incapacidades identificadas.

Na Suécia, a filosofia de apoio a crianças com incapacidades baseia-se na perspectiva correspondente à Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF (OMS, 2001). Na CIF os aspectos da saúde individual e factores relacionados com a saúde classificam-se em dimensões relacionadas com as funções e estruturas do corpo, actividades, participação e factores referentes ao ambiente.

Na Suécia, a CIF pode ser usada para descrever a estrutura organizativa de serviços relacionados com crianças nas primeiras idades com necessidade de apoio. Os serviços proporcionados pelos conselhos municipais são fundamentalmente focados nas funções do corpo (CHS) e no desempenho de actividades (CHC). Se uma criança é identificada como tendo problemas ao nível das funções do corpo, ela é referenciada aos serviços médicos para crianças através do CHS. Nestes centros a criança e sua família encontrarão profissionais que actuam baseados no modelo médico e focalizados nas funções do corpo, por exemplo, oftalmologia, medicina interna ou ortopedia. Se uma criança for identificada por não ter o desenvolvimento adequado, não desempenhar as actividades esperadas, ela é referenciada ao CHC. Os serviços de habilitação estão vocacionados para crianças com incapacidades e suas famílias e assentam num diálogo vivo entre utilizadores do serviço e profissionais.

Nos CHC, uma equipa interdisciplinar constituída por profissionais do campo médico, educativo, psicológico e social trabalha em colaboração com a criança e a família. Especialistas da comunidade organizam-se frequentemente de acordo com o papel ou sistema que eles estão destinados a apoiar, por exemplo, apoio à família, consultoria a nível da educação pré-escolar. Depois da identificação, muitos



especialistas de diferentes organizações são envolvidos na prestação de serviços às crianças que precisam de apoio especial. Assim, um objectivo chave na colaboração junto de crianças com a necessidade de apoio especial é coordenar recomendações e serviços prestados por especialistas com perspectivas diferentes sobre a IPI, que trabalham em sistemas diferentes (Björck-Åkesson Granlund, 2003).

2.3.2 Semelhanças e diferenças

A informação geral facultada pelos especialistas dos países, anteriormente sintetizada, bem como os debates realizados pelos profissionais destes três países apontam para algumas semelhanças e diferenças entre estes três exemplos.

O mesmo modelo teórico: Estes três exemplos fundamentam a sua prática nos princípios do modelo ecológico-sistémico e partilham alguns traços comuns:

- Aplicam determinados princípios tendo em consideração uma abordagem centrada na família, conceitos socialmente orientados, serviços prestados respeitando a proximidade ao local de residência da família e trabalho em equipa.
- Os serviços `são prestados gratuitamente às famílias.
- É atribuída uma elevada prioridade à formação dos profissionais e mediante diversos tipos de formação em serviço efectuados por todos os membros da equipa.
- É manifestado pelos profissionais, um elevado nível de empenho e competência, bem como, uma percepção positiva do trabalho em equipa.
- Prevalece um clima positivo e a partilha comum de objectivos.

Diferente implementação: O modelo ecológico tem vindo a ser implementado de maneiras diferentes, tendo em consideração as características de cada país. As diferenças, abaixo descritas, estão bem representadas consoante os locais visitados:



Um centro de IPI em Munique, bem estruturado, com experiência e representativo de uma rede consolidada de centros de ECI na Baviera. Este sistema de prestação de serviços de IPI através de “centros especializados” baseia-se na organização de um grupo estável e altamente qualificado de profissionais junto de Centros de IPI, na proximidade da residência das famílias. Existem muitos centros diferentes, financiados por diferentes serviços e departamentos.

Diversas fontes de financiamento podem ser entendidas como um desafio dado que é necessário assegurar que os profissionais possuam um bom conhecimento de todos os recursos existentes e assegurar uma colaboração produtiva entre eles, com vista a apoiar as famílias e a fornecer os recursos necessários, de acordo com os princípios subjacentes ao modelo ecológico.

Uma equipa do projecto em Coimbra é altamente qualificada e presta IPI através de um sistema “inter-serviços”. Este sistema baseia-se no acordo e cooperação de diferentes departamentos locais e regionais, por exemplo, saúde, segurança social e educação, partilhando responsabilidades de financiamento de serviços através da afectação dos profissionais necessários.

Este sistema assegura a eficiente racionalização e utilização dos recursos existentes com uma alta prioridade dos serviços a prestar a famílias socialmente desfavorecidas.

A boa coordenação dos diferentes “sectores” envolvidos a todos os níveis (local, regional e nacional) constitui um desafio significativo na medida em que a ausência de um deles torna a prestação de serviços vulnerável ao nível financeiro e profissional. A estabilidade das equipas é outro desafio para este tipo de recursos em Portugal.

Diferentes profissionais do Centro de Recursos Comunitário de Västeras estão a apoiar crianças em idade pré-escolar (a partir de um ano de idade) e suas mães. Este tipo de serviço “local e



descentralizado” baseia-se num sólido sistema social que faculta às famílias importantes benefícios sociais.

Este sistema parece resultar, favorecido pela competência dos profissionais e pela saudável economia do país.

Alguns desafios devem ser considerados. Estes relacionam-se principalmente, com a necessidade de coordenação e de cooperação entre serviços e respectivos profissionais quer a nível local quer nacional, bem como com a formação abrangente para os vários profissionais envolvidos, a nível do desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida.

Uma questão final relacionada com os três exemplos refere-se ao facto de todos eles terem mencionado uma influência crescente da imigração nas respostas da IPI. Este é um sinal positivo, considerando que a consciencialização dos profissionais acerca das mudanças sociais verificadas na sociedade europeia influenciam as suas próprias práticas.



3. RECOMENDAÇÕES

As recomendações que se seguem baseiam-se no princípio de que a IPI constitui um *direito* de todas as famílias e crianças que necessitam de apoio. Dos resultados da análise apresentada nos capítulos anteriores, sobressai um conjunto de aspectos relevantes que precisam de ser correctamente implementados. Assim, com estas recomendações pretende-se chamar a atenção dos profissionais para estratégias adequadas de implementação de tais aspectos relevantes e ajudá-los a ultrapassar as barreiras existentes, em benefício das crianças e das suas famílias. Estas recomendações, baseadas nos resultados dos debates e nas conclusões elaboradas no decurso deste projecto, embora se dirijam, sobretudo, aos profissionais que trabalham ou planeiam vir a trabalhar nesta área, elas são também de interesse para os decisores políticos.

Realçam-se aqui as cinco características principais mencionadas no capítulo 2 acompanhando-as por uma lista não exaustiva de recomendações tendo em vista o sucesso da sua implementação.

3.1 Disponibilidade

No sentido de assegurar que todas as crianças e famílias com necessidades sejam abrangidas, tão cedo quanto possível, por programas de IPI, propõem-se as seguintes recomendações.

Existência de medidas de política para a IPI: a nível local, regional e nacional, devem garantir a IPI como um direito das crianças e famílias com necessidades. Estas medidas devem promover o trabalho de colaboração entre profissionais em conjunto com as famílias, definindo critérios de qualidade e de avaliação da IPI. Tendo em conta a situação nos diferentes países, três pontos requerem particular atenção:

1. As famílias e os profissionais necessitam que sejam tomadas medidas de política que acompanhem os



respectivos meios de implementação aos níveis dos objectivos, dos meios e dos resultados.

2. As medidas de política devem ter como finalidade apoiar e assegurar a coordenação entre os serviços envolvidos: de educação, da segurança social e da saúde. Devem ser evitadas medidas sobrepostas ou contraditórias intra e inter-serviços.
3. As medidas de política podem incluir a construção de centros de apoio à IPI de âmbito regional e nacional, actuando como uma ligação entre os diferentes níveis: nível das políticas, nível profissional e nível do utilizador (famílias).

Disponibilidade de Informação: a informação exaustiva, clara e precisa sobre os serviços e respostas de IPI deve ser facilmente disponibilizada a nível local, regional e nacional, às famílias e aos profissionais de todos os serviços. Deve ser dedicada especial atenção ao uso de uma linguagem precisa mas acessível. No caso de famílias de diferentes origens culturais, deve ser utilizada a sua língua materna de forma a evitar excluí-los do acesso a qualquer informação relevante.

Definição clara de grupos-alvo: Cabe aos políticos decidir sobre os critérios de elegibilidade para a IPI, devendo, no entanto, os profissionais cooperar e ter um papel consultivo. Os centros de IPI, os recursos, as equipas e os profissionais devem focalizar-se nos grupos alvo definidos, de acordo com as prioridades estabelecidas a nível local, regional e/ou nacional. As contradições entre os níveis podem causar distorções e, como consequência, as crianças e as famílias podem não ser apoiadas ou podem não obter os recursos adequados.



3.2 Proximidade⁴

A fim de assegurar a disponibilidade de serviços e de recursos de IPI focados na família e geograficamente o mais próximo possível das mesmas, é importante ter em conta o seguinte:

Descentralização de serviços e recursos: os serviços/recursos devem ser localizados tão próximos quanto possível das famílias e:

- Facilitar o melhor conhecimento das condições do meio social das famílias;
- Assegurar a mesma qualidade do serviço apesar de diferenças na localização geográfica (por exemplo áreas rurais ou dispersas);
- Evitar sobreposições, passos irrelevantes ou enganosos.

Ir ao encontro das necessidades das famílias e crianças: os serviços/recursos devem desenvolver os necessários esforços para ir ao encontro das famílias e crianças e das suas necessidades. Isto implica que:

- As famílias tenham o direito de ser bem informadas desde o momento em que a necessidade é identificada;
- As famílias tenham o direito de decidir, em conjunto com os profissionais, sobre os passos a ser dados;
- A IPI não lhes possa ser imposta, mas deva garantir o direito da criança ser protegida. Os direitos das crianças e das famílias precisam de convergir;
- As famílias e os profissionais partilhem o sentido e o benefício do tipo de intervenção recomendado às famílias e à criança;
- O desenvolvimento de um documento escrito (tal como um Plano Individual de Apoio à Família, ou equivalente) elaborado pelos profissionais em conjunto com a família, facilita a transparência e o comum acordo sobre o processo de IPI: o planeamento das intervenções; a formulação de objectivos e as responsabilidades e a avaliação dos resultados;

⁴ A proximidade é considerada neste documento no seu duplo sentido: próximo do lugar e próximo da pessoa



- As famílias recebam, a seu pedido, formação que as poderá ajudar na aquisição das competências e dos conhecimentos necessários, facilitando assim a sua interacção com os profissionais e com a criança.

3.3 Viabilidade Financeira

Para assegurar que os serviços/recursos para IPI abranjam todas as famílias e crianças em idades precoces com necessidade de apoio, independentemente das suas diferentes condições sócio-económicas, é preciso garantir que **serviços/recursos gratuitos** estejam à disposição das famílias. Isto implica que os fundos públicos devam cobrir todos os custos relativos à IPI através de serviços públicos, companhias de seguros, organizações sem fins lucrativos, etc, preenchendo os padrões de qualidade exigidos na respectiva legislação nacional para a IPI. Nas situações em que serviços/recursos privados para IPI totalmente suportados pelas famílias coexistem com os de financiamento público, os padrões de qualidade definidos pela legislação nacional IPI têm de ser respeitados.

3.4 Interdisciplinaridade

Os serviços/recursos da primeira infância envolvem profissionais de variadas áreas disciplinares e com experiências diferentes. Para que seja assegurado um trabalho de equipa de qualidade, sugerem-se as seguintes recomendações.

Cooperação com as famílias⁵: enquanto principais parceiros dos profissionais, esta cooperação deverá ser assegurada, tendo em conta que:

⁵ Cooperação é usada no texto no sentido de famílias e profissionais trabalharem em conjunto, proporcionando ambos a sua própria perícia e unindo esforços e responsabilidades



- Os profissionais têm de iniciar a cooperação e ter uma atitude aberta e de respeito em relação à família, de forma a compreender as suas necessidades e expectativas, evitar qualquer conflito decorrente de perspectivas diferentes sobre necessidades e prioridades e sem impor o seu ponto de vista;
- Os profissionais devem organizar encontros com os pais para debaterem os diferentes pontos de vista e em conjunto delinear um documento escrito, designado Plano Individual ou algo semelhante;
- Um Plano Individual (PIAF ou equivalente) deve incluir um plano que estabeleça as intervenções a realizar, previamente acordadas entre os profissionais e a família, bem como os objectivos, estratégias, responsabilidades e procedimentos de avaliação. Este plano escrito e acordado deve ser avaliado regularmente pelas famílias e pelos profissionais.

Construção do trabalho em equipa: apesar das diferenças de base, que correspondem às suas disciplinas, os profissionais/equipas de IPI devem trabalhar de uma forma interdisciplinar quer na planificação quer na implementação das acções acordadas. Precisam de partilhar princípios, objectivos e estratégias de trabalho. As diferentes perspectivas têm de ser integradas e coordenadas, reforçando-se sobretudo uma abordagem inclusiva e holística e não abordagens compartimentadas. Deve dar-se uma atenção especial aos seguintes aspectos:

- A informação precisa de ser partilhada para que os elementos da equipa se complementem uns aos outros de acordo com os seus perfis individuais e as suas competências;
- As decisões devem ser tomadas pelos profissionais/equipa após terem sido discutidas e terem sido acordadas;
- Deve ser nomeada uma pessoa para contacto, que coordenará todas as acções necessárias, assegurará o contacto permanente com a família, evitando-se, assim, numerosos contactos unilaterais e desnecessários entre os serviços e a família. A pessoa para contacto deve ser



- uma pessoa de referência para a família e para o profissional. Ela(e) deve ser nomeada(o) de acordo com o perfil mais adequado para cada situação específica;
- Os profissionais de diferentes áreas disciplinares precisam saber trabalhar em conjunto. Deverá ser organizada formação complementar ou formação em serviço de modo a que os profissionais partilhem conhecimentos básicos e comuns relativos a: desenvolvimento da criança; conhecimentos especializados relacionados com os métodos de trabalho, a avaliação, etc. e competências pessoais sobre como trabalhar com as famílias; trabalho em equipa, trabalho com outros serviços e como desenvolverem as suas capacidades pessoais.

Estabilidade dos membros da equipa: as equipas devem ser tão estáveis quanto possível de forma a facilitar o processo de construção do trabalho em equipa e a qualidade dos resultados. A mudança frequente e injustificada de profissionais pode afectar a qualidade do trabalho prestado às crianças e famílias bem como do trabalho em equipa e a sua formação.

3.5 Diversidade

Para que se possa assegurar que os sectores da saúde, da educação e dos serviços sociais envolvidos nos serviços/recursos partilhem responsabilidades, sugerem-se as seguintes recomendações.

Coordenação adequada entre os sectores: os diversos sectores envolvidos devem garantir a execução dos objectivos relacionados com todos os níveis de prevenção através de medidas operacionais adequadas e coordenadas. Isto implica que:

- Serviços de saúde, educação e sociais devem estar envolvidos na detecção e referenciação precoce de forma a evitar lacunas ou atrasos significativos que possam afectar a intervenção futura bem como listas de



espera no caso de serviços ou equipas sobrecarregadas;

- Existam procedimentos de rastreio do desenvolvimento para todas as crianças e que estes possam ser melhor conhecidos e implementados;
- É preciso assegurar a todas as mulheres grávidas formas de vigilância consistentes, aconselhamento e acompanhamento.

Coordenação adequada de recursos: é necessária uma boa coordenação de forma a garantir o melhor uso dos recursos comunitários. Boa coordenação significa que:

- Os serviços têm de assegurar a continuidade do apoio requerido quando as crianças transitam de uma resposta para outra. As famílias e crianças deverão ser plenamente envolvidas e apoiadas;
- As estruturas pré-escolares devem assegurar vaga para crianças que tenham beneficiado de serviços/respostas de IPI.

Como foi acima mencionado, estas recomendações são principalmente dirigidas aos profissionais que trabalham ou que pensam vir a trabalhar nesta área, mas elas também dizem respeito aos decisores políticos. Por esta razão, a avaliação das políticas de IPI e do seu impacto deve ser regularmente efectuada e comunicada para promover discussões e estimular pesquisa nesta área, tendo em atenção que as políticas de intervenção precoce na infância são responsabilidade comum de famílias, profissionais e responsáveis políticos, a nível local, regional e nacional.



REFERÊNCIAS

AINSWORTH M.D., BLEHAR M.C., WATERS E., WALL S. (1978). *Patterns of Attachment: a Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

ARNKIL T.E. (2003). *Early Intervention – Anticipation Dialogues in the Grey Zone of Worry*. Reykjavik (Iceland): Nordiska barnavårdskongressen Reykjavik.

BAIRRÃO J., FELGUEIRAS I., CHAVES DE ALMEIDA I. (1999). Early Intervention in Portugal. In *Symposium on Excellence in Early Childhood Intervention*, Västerås (Sweden): Mälardalens Högskola.

BAIRRÃO J., CHAVES DE ALMEIDA I. (2002). Contributos para o Estudo das Práticas de Intervenção Precoce em Portugal. In *Collecção Apoios Educativos*, Nr. 6, Ministério da Educação, Departamento da Educação Básica.

BANDURA A. (1977). *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.

BJÖRCK-AKESSON E., CARLHED C., GRANLUND M. (1999). *The Impact of Early Intervention on the Family System. Perspectives on Process and Outcome*. Madrid: GENYSI (Grupo de Estudios Neonatológicos Y Servicios de Intervención).

BJÖRCK-AKESSON, E., GRANLUND, M. (2003). Creating a Team around the Child through Professional's Continuing Education. In ODOM S. L., HANSON M.J., BLACKMAN J.A., KAUL S., 2003. *Early Intervention Practices around the World*. Baltimore: Brookes Publishing.

BLACKMAN, J.A. (2003) Early Intervention: An Overview. In Odom, S. L., Hanson, M.J., Blackman, J.A., Kaul, S. *Early Intervention Practices around the World*. Baltimore: Brookes Publishing.

BOAVIDA J., ESPE-SHERWINDT M., BORGES L. (1999). Community-Based Early Intervention: The Coimbra Project (Portugal). In *Child: Care, Health and Development*, vol. 26:5, Blackwell Publishing.



BOWLBY J. (1969). *Attachment and Loss*, vol. 1: *Attachment*. New York: Basic Books / Tavistock Institute of Human Relations.

BOWLBY J. (1980). *Attachment and Loss*, vol. 3: *Loss*. New York: Basic Books.

BRONFENBRENNER U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by nature and design*. Cambridge MA: Harvard University Press.

BRONFENBRENNER, U., MORRIS, P.A. (1998) The Ecology of Developmental Process. In Damon W. (ed). *Handbook of Child Psychology*, 5th ed. New York: John Willy & Sons.

BRUDER M.B. (2000). The Individual Family Service Plan. In *ERIC-Digest*, Nr. E605, Educational Resource Editors Information Centre: Clearinghouse on Disabilities and Gifted Education.

CAMERON S., WHITE M. (1996). *The Portage Early Intervention Model: Making the Difference for Families across the World*. In *Conference Proceedings 1996*, National and International Portage Association.

DETRAUX J.J. (1998). *Synthèse du 4ème Symposium Européen sur « Egalité des chances et qualité de vie pour familles avec un jeune enfant handicapé »*. European Association on Early Intervention (EURLY AID).

DUNST, C.J. (1985) Rethinking Early Intervention. In *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, Vol. 5.

DUNST C.J. (2000). Revisiting "Rethinking Early Intervention". In *Topics in Early Childhood Special Education*, Nr. 20 (2).

EURLY AID (1992). *Early Intervention for Children with Developmental Disabilities*, Elsenborn (Belgium): Report of the European Working Party.

European Agency for Development in Special Needs Education (1998). *Early Intervention in Europe. Trends in 17 European Countries*. Middelfart: EADSNE.

European Agency for Development in Special Needs Education (2003). *Special Needs Education in Europe*. Middelfart: EADSNE.



FELGUEIRAS, I., BREIA, G., (2004). *Early Childhood Intervention in Portugal* (non-published).

GALLAGHER J., CLIFFORD R. (2000). The Missing Support Infrastructure in Early Childhood. In *Early Childhood Research and Practice*, Vol.2: 1.

GAT, Grupo de Atención Temprana (2000). *Libro Blanco de Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.

GENYSI, Grupo de Estudios Neonatológicos Y Servicios de Intervención (1999). *La Atención Temprana en la Comunidad de Madrid; Situación Actual y Documentos del Grupo PADI*. Madrid: GENYSI.

GESELL, A., Ilg F. L., AMES, L.B. (1943) *Infant and Child in the Culture of Today: the Guidance of Development in Home and Nursery School*. New York: Harper.

GOLIN A.K, DUCANIS A.J. (1981). *The Interdisciplinary Team, a Handbook for the Education of Exceptional Children*. Rockville, MD: Aspen.

GURALNICK M.J. (1997). *The Effectiveness of Early Intervention*. Baltimore: Brookes Publishing.

GURALNICK M.J. (2001). A Developmental Systems' Model for Early Intervention. In *Infant and Young Children*, Vol. 14:2. Aspen Publishers, ISEI.

HAINS A. (1999). *A Comparison of Select Provisions of Individuals with Disabilities Education Act (IDEA Part B, Part C) and Head Start*. Milwaukee: University of Wisconsin Milwaukee.

Helios II (1996a). *Early Intervention: Information, Orientation and Guidance of Families*. Brussels: European Commission.

Helios II (1996b). *Prevention, Early Detection, Assessment, Intervention and Integration: An Holistic View for Children with Disabilities*. Brussels: European Commission.

HOROWITZ, F.D. (1987) A Developmental View of Giftedness. In *Gifted Child Quarterly*, Vol 31: 4. American National Association for Gifted Children.



HORWATH J. (2000). *The Child's World. Assessing Children in Need*. London: National Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC)/ Jessica Kingsley Publishing.

HOUSTON S. (2002). Re-Thinking a Systemic Approach to Child Welfare: a Critical Response to the Framework for the Assessment of Children in Need and their Families. In *European Journal of Social Work*, Vol. 5: 3, Oxford University Press.

KOTULAK, R. (1996) *Inside the Brain: Revolutionary Discoveries of How the Mind Works*. Kansas City MO: Andrews & McMeel.

Ministry of Education of New Zealand (1996). *Te Whāriki; Early Childhood Curriculum*. Wellington: Ministry of Education of New Zealand and Learning Media Wellington.

MRAZEK, P.J., HAGGERTY R.J. (1994) *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington DC: National Academy Press.

Nicaise, I. (2000) *The Right to Learn; Educational Strategies for Socially Excluded Youth in Europe*. Bristol: The Policy Press.

ODOM S. L., HANSON M.J., BLACKMAN J.A., KAUL S. (2003). *Early Intervention Practices around the World*. Baltimore: Brookes Publishing, ISEI, International Issues in Early Intervention Series.

PARK N., PETERSON C. (2003). Early Intervention from the Perspective of Positive Psychology. In *Prevention and Treatment*, Vol. 6, article 35, American Psychological Association.

PETERANDER F., SPECK O., PITHON G., TERRISSE, B. (1999). *Les tendances actuelles de l'intervention précoce en Europe*. Sprimont: Mardaga Publishing House.

PETERANDER F. (2003a). La formation du personnel à l'intervention précoce en milieu familial en Allemagne: de nouvelles compétences pour une nouvelle profession. In *La revue internationale de l'intervention familiale*, vol.7: 1.



PETERANDER F. (2003b). Supporting the Early Intervention Team. In ODOM S. L., HANSON M.J., BLACKMAN J.A., KAUL S., 2003. *Early Intervention Practices around the World*. Baltimore: Brookes Publishing, ISEI, International Issues in Early Intervention Series.

PIAGET J. (1970). *The Science of Education and the Psychology of the Child*. New York: Grossman.

PIAGET J., INHELDER B. (1969). *The Psychology of the Child*. New York: Grossman.

PRETIS M. (2001). *Planning, Practising and Evaluating Early Intervention*. Munich: Reinhardt.

PONTE J., CARDAMA J., ARLANZÓN J.L., BELDA J.C., GONZALEZ T., VIVED E. (2004). *Early Intervention Standards Guide*. Vigo: Asociación Galega de Atención Temperá / IMSERNO.

PORTER L. (2002). *Educating Young Children with Special Needs*. London: Paul Chapman Publishing.

RAMEY, C. T., LANDESMAN RAMEY, S. (1998). Early Intervention and Early Experience. In *American Psychologist*, Vol. 53:2.

SAMEROFF A.J., CHANDLER M.J. (1975). Reproductive Risk and the Continuum of Caretaking Causality. In *Review of Child Development Research*, Vol. 4, Chicago: University of Chicago Press.

SAMEROFF, A.J., FIESE B.H. (2000) Transactional Regulation: the Developmental Ecology of Early Intervention. In Shonkoff, J. P., Meisels, S.J., *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.

SHONKOFF J. P., MEISELS S.J. (2000). *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.

SHONKOFF J. P., PHILLIPS D.A. (2000). *From Neurons to Neighbourhood. The Science of Early Childhood Development*. Washington: National Academy Press.



SIMEONSSON, R. J. (1994). *Risk, Resilience, and Prevention. Promoting the Well-Being of All Children.* Baltimore: Brookes Publishing.

SKINNER, B. F. (1968) *The Technology of Teaching.* New York: Appleton-Century-Crofts.

TRIVETTE C.M., DUNST C.J., DEAL A.G. (1997). Resource-based Approach to Early Intervention. In THURMAN S.K., CORNWEKK J.R., GOTTWALD S.R., *Contexts of early intervention: systems and settings,* Baltimore: Brookes Publishing.

UNESCO (1994). *The Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education.* Paris: UNESCO.

UNESCO (1997). *International Consultation on Early Childhood Education and Special Educational Needs.* Paris: UNESCO.

United Nations Organisation (1948). *Universal Declaration of Human Rights.* New York: UN.

United Nations Organisation (1959). *Declaration of the Rights of the Child,* New York: UN.

United Nations Organisation (1989). *Convention on the Rights of the Child.* New York: UN.

United Nations Organisation (1993). *The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities.* New York: UN.

VYGOSTSKY L.S. (1978). *Mind in Society.* Cambridge MA: Harvard University Press.

World Health Organisation (1980) *Prevention in Childhood of Health Problems in Adult Life.* Geneva: WHO.

World Health Organisation (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health.* Geneva: WHO.

A Intervenção Precoce na Infância (IPI) é uma importante área tanto aos níveis político como profissional. Relaciona-se com o direito das crianças nas primeiras idades e suas famílias a receberem o apoio de que possam necessitar. A IPI tem por objectivo apoiar e capacitar a criança, a família e os serviços envolvidos. Ajuda a construir uma sociedade inclusiva e coesa consciente dos direitos das crianças e das suas famílias.

O presente relatório tem por objectivo sintetizar os aspectos-chave da Intervenção Precoce na Infância (IPI) em 19 países Europeus, análise realizada no âmbito do projecto conduzido pela European Agency for Development in Special Needs Education em 2003 – 2004. Apresenta também um conjunto de recomendações especialmente dirigidas a profissionais que trabalham nesta área, oferecendo-lhes algumas ideias práticas para a reflexão e para a melhoria da sua intervenção.

