

RAQUEL CABRAL PACHECO

Intervenção Precoce na Infância:

Uma Abordagem ao Risco Ambiental na Região Autónoma dos Açores

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA



PORTO, JULHO 2013

RAQUEL CABRAL PACHECO

Intervenção Precoce na Infância:

Uma Abordagem ao Risco Ambiental na Região Autónoma dos Açores

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA



PORTO, JULHO 2013

RAQUEL CABRAL PACHECO

Intervenção Precoce na Infância:

Uma Abordagem ao Risco Ambiental na Região Autónoma dos Açores

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação: Necessidades Educativas Especiais – Domínio Intervenção Precoce na Infância, sob a orientação da Professora Doutora Fátima Coelho e Mestre Luísa Saavedra.

Resumo

O desenvolvimento da criança depende do contexto familiar onde a criança está inserida. Os “*outcomes*” que a criança alcança dependem dos padrões de interação familiar, onde se incluem a qualidade das interações familiares, as experiências proporcionadas pela família, bem como aspetos relacionados com os cuidados básicos saúde e segurança.

Este estudo exploratório do tipo misto (quantitativo e qualitativo) foi conduzido no pressuposto de que o conhecimento das circunstâncias ambientais das crianças e famílias pode contribuir para a definição de estratégias preventivas, para a valorização dos fatores de risco ambientais na sinalização o mais cedo possível e na elegibilidade das crianças para os programas de intervenção precoce na infância (IPI).

Procurou-se avaliar a qualidade dos padrões de interação familiar nas crianças identificadas com risco ambiental, apoiadas pelos Serviços de Intervenção Precoce na Região Autónoma dos Açores. Desenvolveu-se três questionários: Ficha de Caracterização dos Serviços e Equipas e Tabela de Predominância dos Fatores de Risco Ambientais preenchido por sete Serviços de Intervenção Precoce dos Açores; a partir de uma amostra de conveniência, correspondente às crianças em situação de risco ambiental ou risco agregado (biológico e ambiental) apoiadas pelo Serviço de Intervenção Precoce de Ponta Delgada, aplicou-se o Questionário de Avaliação dos Padrões de Interação Familiar.

Constituiu-se um *Focus Group* composto pelos coordenadores e técnicos com mais anos de experiência das equipas de Intervenção Precoce da ilha de S. Miguel, pretendendo-se analisar os critérios de elegibilidade adotados pelas equipas e importância atribuída aos resultados dos programas de IPI no desenvolvimento das crianças com risco ambiental.

Os resultados apontam que os padrões de interação familiar das crianças de risco ambiental tendem a ser mais baixos à medida que aumenta o número de fatores de risco, principalmente nos domínios das transações familiares e dos cuidados de saúde e segurança. Por outro lado, revela-nos ainda, grande assimetrias no funcionamento dos Serviços de Intervenção Precoce (SIP) da Região Autónoma dos Açores (RAA).

Abstract

Child development depends on family context the child is inserted in. The "outcomes" the child reaches rely on family interaction patterns, which include the quality of family interactions, experiences offered by the family, as well as aspects related to basic health care and safety.

This exploratory study of the mixed type (quantitative and qualitative) was conducted on the assumption that knowing the environmental conditions of children and their families may contribute to the definition of preventive strategies and recognizing the importance of environmental risk factors in signaling, as soon as possible, and the eligibility of children for early intervention programs.

We sought to evaluate the quality of family interaction patterns in children identified with environmental risk and supported by Early Intervention Services in the Azores. We developed three questionnaires: a *Characterization Form for Services and Teams* and a *Prevalence Table of Environmental Risk Factors* were filled by seven Early Intervention Services; from a convenience sample, corresponding to children at environmental risk or multiple risk (biological and environmental) and supported by Ponta Delgada Early Intervention Program, the *Questionnaire for the Evaluation of Family Interaction Patterns* was applied.

We also created a *Focus Group* joining the coordinators and technicians with more years of experience on Early Intervention teams from the island of S. Miguel, with the purpose of analyzing the eligibility criteria adopted by the teams and the importance attached to the results of this programs in the development of children with environmental risk.

The results indicate that interaction family patterns on children facing environmental risk tend to be lower as the number of risk factors increases, particularly in the areas of family transactions and health care and security. On the other hand, they also reveal large asymmetries in the way Early Intervention Services in the Azores operate.

Résumé

Le développement des enfants dépend du contexte familial où se trouve l'enfant. Les «résultats» que l'enfant atteint dépend des modèles d'interaction de la famille , où s'incluent la qualité des interactions familiales et les expériences fournies par la famille, ainsi que les aspects liés aux soins de santé de base et la sécurité.

L'étude exploratoire de type mixte (quantitative et qualitative) a été réalisée sur l'hypothèse que la connaissance des conditions de l'environnement des enfants et des familles peut contribuer à la définition de stratégies préventives à la valorisation des facteurs de risque environnementaux dans la signalisation le plutôt possible et dans l'éligibilité des enfants pour les programmes d'intervention précoce.

On a cherché évaluer la qualité des modèles d'interaction de la famille chez les enfants présentant un risque environnemental identifié, appuyés par les services d'intervention précoce aux Açores. Nous avons élaboré trois questionnaires: une Formulaire de Caractérisation des Services et Équipes et une Table de Prévalence des Facteurs de Risque Environnementaux remplis par sept services d'intervention précoce des Açores; à partir d'un échantillon de convenance, ce qui correspond aux enfants à risque ou risque environnemental ajouté (biologique et environnemental) soutenus par le Service D'intervention Précoce de Ponta Delgada, on a appliqué le Questionnaire de l'Évaluation des Schémas d'Interaction Familial.

Nous avons mis en place un Groupe de réflexion composé des coordinateurs et des techniciens avec plus d'années d'expérience des équipes d'intervention précoce de l'île de S. Miguel, avec l'objectif d'analyser les critères d'éligibilité adoptés par les équipes et l'importance attribuée aux résultats des programmes Intervention Précoce dans le développement des enfants avec risque environnemental.

Les résultats indiquent que les schémas d'interaction de la famille ont la tendance à être plus faibles à la mesure que le nombre de facteurs de risque augmente, en particulier dans les domaines des transactions familiales et des soins de santé et de sécurité. D'autre part, nous révèle encore de grandes asymétries dans le fonctionnement du Service d'Intervention Précoce des Açores.

Aos “donos do meu coração”, Luís, Vicente e Gustavo, por caminharem ao meu lado em mais esta aventura.

Agradecimentos

Aos meus queridos pais, pelo investimento e apoio incondicional na minha caminhada pessoal, académica e profissional.

À Mena e ao Mário Jorge por possibilitarem momentos de abstração e concentração.

À equipa de Intervenção Precoce de Ponta Delgada, bem como às famílias apoiadas, porque foram estas, em especial, que me motivaram para a ampliação de conhecimentos na área da Intervenção Precoce na Infância.

À Coordenadora da Equipa de Intervenção Precoce de Ponta Delgada pelos saberes que me transmitiu ao longo da minha trajetória profissional e pelos desafios que me foram permitindo ir mais além.

Ao Pedro e à Cátia pelo apoio na introdução de dados e análise estatística, e pelas críticas que obrigaram a um maior rigor científico.

À Clara e à Catarina pela revisão crítica das traduções.

À Catarina pela amizade e pela partilha conjunta de conhecimentos e de experiências que tanto contribuíram para o enriquecimento deste trabalho.

Às minhas orientadoras pelos ensinamentos e sugestões.

Índice Geral

Introdução	1
Capítulo I – Enquadramento Teórico	5
1. Perspetivas Teóricas Atuais em Intervenção Precoce.....	5
1.1 Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano de Brofenbrenner	5
1.2 Modelo Transaccional de Sameroff	7
1.3 Modelo de Terceira Geração Baseado na Evidência.....	9
2. Evolução dos Conceitos e Práticas de Intervenção Precoce	12
2.1. Conceito de Intervenção Precoce	12
2.2 Princípios Relevantes para a Prática de Intervenção Precoce	14
2.2.1. <i>Da Intervenção Centrada na Criança à Intervenção Centrada na Família e na Comunidade</i>	14
2.2.2. <i>Intervenção nos Contextos Naturais da Criança</i>	17
2.2.3. <i>O Modelo de Equipa na Intervenção Precoce</i>	20
2.3.4. <i>A elegibilidade das crianças em Intervenção Precoce</i>	22
2.3.5 <i>O Ciclo da Intervenção</i>	27
3. Breve Evolução Histórica dos Programas de Intervenção Precoce	29
3.1 A Nível Internacional	29
3.2 Em Portugal.....	32
3.3 Na Região Autónoma dos Açores	33
4. Risco, Proteção e Resiliência	36
5. Do Risco ao Perigo: concertação de uma intervenção com crianças e famílias.....	41
6. Avaliação dos Fatores de Risco.....	44
7. Uma Abordagem Conceptual para Intervenção Precoce com base no Risco	48
Capítulo II – Estudo Empírico	51
1. Problemática.....	51
1.1 <i>Objetos de Estudo e Questões da Investigação</i>	51
2. Metodologias de Investigação.....	54
3. Universo e Participantes	56
4. Instrumentos de Recolha de Dados.	58
5. Procedimentos	62
6. Análise dos Dados.....	65
7. Validade e Qualidade dos Dados Obtidos.....	67

Capítulo III – Apresentação dos Resultados	68
1. Ficha de Caracterização Geral dos Serviços e Equipas.....	68
2. Tabela de Predominância dos Fatores de Risco Ambientais.....	69
3. Questionário de Avaliação da Qualidade dos Padrões de Interação Familiar	74
3.1 Validação do Questionário de Avaliação dos Padrões de Interação Familiar	77
4. Análise Correlacional.....	80
5. Focus Group	83
Capítulo IV. Discussão dos Resultados.....	87
Conclusões	96
Referências bibliográficas	98

Índice de Quadros

Quadro 1 - Fatores protetores no indivíduo, família e na comunidade

Quadro 2 - *Framework for the Assessment of Children in Need and their Families*

Quadro 3 - Idade em Anos das Crianças Apoiadas pelos Programas de Intervenção Precoce da RAA

Quadro 4 - Responsáveis de Caso Identificados para cada Criança Apoiada pelos Serviços de Intervenção Precoce da RAA em Janeiro 2013

Quadro 5 - Número de Crianças Apoiadas por Tipologia de Risco

Quadro 6 - Número de Crianças Apoiadas por Tipologia de Risco e por Serviço de Intervenção Precoce

Quadro 7 - Número Total de Fatores de Risco Parentais (Relativos aos Pais) nas Crianças Apoiadas pelos Serviços de Intervenção Precoce da RAA

Quadro 8 - Número Total de Fatores de Risco Contextuais (relativos ao contexto) nas Crianças Apoiadas pelos Serviços de Intervenção Precoce da RAA

Quadro 9 - Fatores de Risco Identificados nas Crianças Apoiadas pelos Serviços de Intervenção Precoce da RAA (Janeiro de 2012)

Quadro 10 - Análise de Componentes Principais (Rotação Varimax)

Quadro 11 - Correlações *Pearson* entre as Subescalas e o Total do QAPIF

Quadro 12 - Tabela de contingência de somas de pontuações dos inquéritos 2 e 3, com pontuações discretizadas

Quadro 13 - Tabela de contingência de somas de pontuações dos inquéritos 2 e 3, com pontuações agrupadas

Quadro 14 - Resultados do teste de associação do Qui-quadrado

Quadro 15 - Grau de Associação de *Spearman*, com Cotações de Itens versus Soma de Fatores de Risco Ambientais

Índice de Figuras

Figura 1 - Componentes das Práticas de Intervenção Baseadas nos Recursos

Figura 2 - O Ciclo de Intervenção

Figura 3 - Procedimentos na Avaliação, Execução e Implementação do PIIP

Figura 4 - Princípio da Subsidiariedade

Figura 5 - O contínuo de promoção-prevenção-proteção

Figura 6 - Modelo de Avaliação de Crianças em Risco/Perigo

Figura 7 - Níveis do Modelo de Sistemas Desenvolvimental

Figura 8 - Fatores que influenciam o desenvolvimento das crianças

Figura 9 - Os Programas de Intervenção Precoce como resposta às fontes de pressão

Figura 10 - Número de Situações Apoiadas e a Apoiar por SIP

Índice de Anexos

Anexo 1 - Ficha de Caracterização Geral dos Serviços e Equipas

Anexo 2 - Tabela de Predominância dos Fatores de Risco Ambiental

Anexo 3 - Critérios de Elegibilidade definidos pelo Sistema Nacional de Intervenção Precoce para a Infância

Anexo 4 - Questionário de Avaliação da Qualidade dos Padrões de Interação Familiar

Anexo 5 - Guião do *Focus Group*

Anexo 6 - Pedido de Colaboração Efetuado às Coordenadoras dos Programas de Intervenção Precoce da RAA

Anexo 7 - Pedido de Participação no *Focus Group*

Anexo 8 - Declaração de Consentimento

Anexo 9 - *Focus Group* – Transcrição Áudio

Anexo 10 - Ficha de Caracterização dos Serviços e Equipas - Outcomes

Anexo 11 - Tabela de Predominância dos Fatores de Risco Ambiental - Outcomes

Anexo 12 - Questionário de Avaliação da Qualidade dos Padrões de Interação Familiar - Outcomes

Anexo 13 - *Focus Group* – Análise de Conteúdo

Abreviaturas

ANIP - Associação Nacional de Intervenção Precoce

CIF - Classificação Internacional da de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CPCJ - Comissão de proteção de Crianças e Jovens

DSOIP - Direção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica

EADSNE - European Agency for Development in Special Needs Education

EUA - Estados Unidos da América

HOME - *Home Observation for Measurement of the Environment Inventory*

IDEA - Individuals with Disabilities Education Act

IP - Intervenção Precoce

IPI - Intervenção Precoce na Infância

PEI - Plano Educativo Individualizado

PIAF - Plano Individual de Apoio à Família

PIP - Programa de Intervenção Precoce

PIIP - Plano Individualizado de Intervenção Precoce

PL - Lei Publica (*Public Law*)

QAQPIF - Questionário de Avaliação da Qualidade dos Padrões de Interação Familiar

RAA - Região Autónoma dos Açores

SIP - Serviço de Intervenção Precoce

SNIPI - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SOD - Serviço de Orientação Domiciliária

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

USI - Unidade de Saúde de Ilha

Introdução

A presente investigação pretende avaliar a qualidade dos padrões de interação familiar nas crianças identificadas com risco ambiental, apoiadas no âmbito dos Serviços de Intervenção Precoce na Região Autónoma dos Açores.

Apesar de contar com pouco mais de uma década de existência, a Intervenção Precoce na Infância (IPI) na Região Autónoma dos Açores não deixa de ser uma realidade recente e pouco divulgada. De facto, a existência de Programas de Intervenção Precoce em apenas três das nove ilhas, num total de oito equipas de intervenção local, com um trabalho desarticulado entre si e a inexistência de pesquisas no contexto açoriano, levantam a questão da necessidade da realização de investigação.

No exercício profissional de Assistente Social na Equipa de Intervenção Precoce de Ponta Delgada desde 2006, o caminho a enveredar levaria inevitavelmente um cunho psicossocial. Desta forma, procura-se aprofundar o conhecimento na área do “risco”, de forma geral, e do “risco ambiental”, em especial.

O assistente social é um parceiro fundamental nos Programas de Intervenção Precoce dado o seu enfoque nas populações em risco e na prevenção primária (Frey *et al.*, 2006). É seu primordial objetivo intervir positivamente na reprodução intergeracional de comportamentos de risco e de pobreza. Vários são os estudiosos que defendem que quanto mais precocemente se identificar e intervir nos fatores de risco das crianças, através do fortalecimento dos fatores protetores, melhores serão os seus “*outcomes*” (Hawkins e tal, 1999; McEvoy e Welker, 2000 *cit. in* Frey *et al.*, 2006).

Bailey e Wolery (2002), consideram como um dos maiores desafios colocados aos profissionais de IPI trabalhar com as famílias de risco social. Nesta ótica, referem como essenciais investigações que permitam encontrar as melhores formas de intervir nestes casos e de conseguir efeitos positivos, tanto nas crianças como nas famílias (Almeida, 2004). Partindo da análise dos dados recolhidos, ambicionou-se conhecer os fatores de risco ambientais e os seus efeitos na qualidade dos padrões de interação familiar, permitindo apontar estratégias de intervenção para melhorar esses padrões e minorizar o efeito dos fatores de risco, contribuindo, desta forma, para a resiliência destas crianças.

Os atuais programas de intervenção precoce encontram as suas raízes filosóficas e históricas nos filósofos europeus Comenius, Locke e Rosseau, nos séculos dezassete e dezoito; nos modelos de educação infantil propostos por Tolstoy (1967) e Neill (1960); no movimento de criação dos “Kindergarten”, iniciado por Froebel no início do século dezanove, e das “Nursery Schools” pela influência de Rachel e Margaret MacMillan, em Londres, e de Maria Montessori, em Roma, no início do século vinte (Meisels & Shonkoff, 2000).

Estas influências determinam o aparecimento daquele que é considerado o primeiro programa de intervenção precoce - o *Head-Start*- em 1965. Baseando-se na perceção de que as experiências precoces e as condições do meio têm um impacto crucial no desenvolvimento da criança, o principal objetivo era proporcionar às crianças de meios económicos mais desfavorecidos uma estimulação intensiva no período pré-escolar para facilitar o ajustamento e o desempenho escolar (Meisels & Shonkoff, 2000). Desta forma, podemos afirmar que a primeira atenção da intervenção precoce voltou-se para as crianças e famílias em risco ambiental, refletindo uma estratégia de prevenção primária e só mais tarde os programas começam a incluir crianças em risco biológico ou estabelecido.

Em Portugal, a intervenção precoce remonta também à década de 60 com a criação do Serviço de Orientação Domiciliária (SOD) pelo Instituto de Assistência a Menores do Ministério da Saúde e Assistência, destinando-se a apoiar pais e crianças invisuais (Pimentel, 2005; Bairrão, 2006; Ruivo & Almeida, 2002). Ao longo de 40 anos, as políticas e as práticas de IP acompanharam a evolução dos modelos teóricos do desenvolvimento humano, readaptando-se e redefinindo-se conforme as novas reflexões sobre o desenvolvimento da criança. Em 2009, é legislado o Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 de Outubro, criando o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) que veio organizar as diferentes ações de Intervenção Precoce na Infância (IPI) em todo o território nacional. Nos Açores, a IPI foi implementada através da Portaria n.º66/99, de 19 de Agosto, considerando que a faixa etária dos 0 aos 3 anos não podia ser dissociada do sistema educativo formal, visando a estimulação global do desenvolvimento do recém-nascido.

O trabalho aqui exposto tem quatro capítulos, sendo que no primeiro é efetuada a revisão da literatura mais recente do tema, nomeadamente as influências dos modelos

conceptuais do desenvolvimento da criança nos atuais Serviços de Intervenção Precoce. São explanadas, ainda que sinteticamente, o Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano e, a sua mais recente versão, o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner (1979) e Bronfenbrenner & Morris (1998), o Modelo Transaccional de Sameroff (1975) e o Modelo de Terceira Geração Baseado na Evidência conceptualizado por Dunst (2000). É efetuada uma breve abordagem à evolução do conceito de intervenção precoce e dos princípios centrais inerentes à prática de IPI: práticas de intervenção centradas na família, nos contextos naturais de vida, o modelo de equipa transdisciplinar e a figura do coordenador de serviços, os critérios de elegibilidade das crianças e famílias e, ainda, uma breve referência ao funcionamento da intervenção através da descrição do ciclo de intervenção precoce proposto por Simeonsson *et. al.* (1996).

É apresentada uma breve evolução histórica dos programas de Intervenção Precoce a nível internacional, em Portugal, assim como na Região Autónoma dos Açores (RAA).

Ainda neste primeiro capítulo, são apresentadas as diferentes conceções de fatores risco e fatores de proteção, enquanto pontas extremas do mesmo fio, e o conceito de resiliência procurando explicar a competência adquirida por alguns indivíduos apesar das adversidades que enfrentaram. Analisamos, igualmente, o conceito de perigo e a intervenção de diferentes entidades legitimadas para atuar no âmbito do risco e do perigo. São referenciados dois instrumentos de avaliação do risco ambiental em crianças: *Framework for the Assessment of Children in Need and their Families* (Department of Health, 2000) e a *Home Observation for Measurement of the Environment Inventory* (HOME) desenvolvida por Caldwell & Bradley (2003). Finalmente, é exposto o *Modelo de Sistemas Desenvolvidos* desenvolvido por Guralnick (2011), uma abordagem ao desenvolvimento que procura compreender os mecanismos envolvidos na promoção do desenvolvimento de crianças e famílias vulneráveis, no contexto dos serviços de intervenção precoce.

O segundo capítulo - Estudo Empírico - aborda as questões metodológicas, enquadrando-se a investigação num estudo exploratório do tipo misto (quantitativo e qualitativo). São ainda referidos os objetivos do estudo, bem como as questões e hipóteses da investigação, enquadradas no modelo proposto por Guralnick (2011),

considerando-se como questão central - **Qual a relação entre os fatores de risco ambientais e os padrões de interação familiar?**

Apresentamos o universo e participantes da investigação, instrumentos de recolha de dados utilizados, procedimentos e a análise dos dados, bem como os cuidados mantidos para assegurar a validade e qualidades dos dados.

O terceiro capítulo diz respeito à apresentação dos resultados de cada um dos instrumentos utilizados, do estudo de validação do Questionário de Avaliação da Qualidade dos Padrões de Interação Familiar (QAQPIF) e da análise correlacional entre os fatores de risco familiares e os padrões de interação familiar.

No quarto e último capítulo apresenta-se a discussão dos resultados, confrontado as respostas às questões e hipóteses colocadas com as conclusões de outros investigadores que abordaram a mesma problemática.

Na seleção dos conteúdos a abordar na revisão da literatura ou “estado da arte”, foi intenção clara apresentar os trabalhos e pensamentos mais recentes no âmbito da intervenção precoce na infância.

Capítulo I – Enquadramento Teórico

1. Perspetivas Teóricas Atuais em Intervenção Precoce

As políticas e as práticas de intervenção precoce na infância (IPI) têm acompanhado a evolução dos modelos teóricos do desenvolvimento humano, readaptando-se e redefinindo-se mediante as considerações que vão emergindo ao longo do tempo sobre o desenvolvimento da criança. Verifica-se, portanto, uma estreita ligação entre o percurso histórico da IPI e a evolução dos modelos de desenvolvimento (Tegethof, 2007; Mendes, 2010).

De seguida, analisamos sucintamente os principais modelos que hoje são reconhecidos como fundamentais ao enquadramento conceptual da prática da intervenção precoce num quadro de referência das Teorias Desenvolvimentais Sistémicas.

1.1 Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner

Bronfenbrenner propõe, em 1979, a *Teoria Ecológica do Desenvolvimento Humano*, onde desenvolve um modelo de desenvolvimento de forte inspiração sistémica, recorrendo à *Teoria de Campo* de Lewin (1890-1947), para acentuar a necessidade de compreender o comportamento do indivíduo tendo em conta o conjunto de fatores que fazem parte do seu *espaço de vida*, e vão, a cada momento, influenciar o seu desenvolvimento (Tegethof, 2007). É desta forma que Bronfenbrenner (1979) crítica a visão tradicional da psicologia do desenvolvimento que estudava a criança isoladamente, fora do seu contexto próprio: “*A psicologia do desenvolvimento é a ciência do comportamento estranho de uma criança, numa situação estranha, com um adulto estranho*” (cit. in Pimentel, 2005, p.38).

O modelo que apresenta refere o desenvolvimento como resultado da interação da criança e os vários contextos onde está inserida, desde os mais próximos aos mais distantes. Concebe, desta forma, um conjunto hierarquizado de sistemas: o *microsistema* – constituído pelos contextos habituais de atividade, interação e experiência situados no espaço e no tempo, como a família, a creche ou escola, a rua, o jardim, o bairro...- o *mesosistema* – definido como a relação entre dois ou mais ambientes do microsistema, como o relacionamento entre os pais e os profissionais ou os educadores – o *exossistema* composto por contextos mais vastos que vão influenciar

o microsistema, são exemplo o local de trabalho dos pais e as estruturas de âmbito social - e, finalmente, o *macrossistema* que integra todos os restantes sistemas, mas também as crenças, valores e ideologias, legislação e política vigentes numa sociedade e numa época.

Os vários sistemas funcionam como um conjunto de bonecas russas que se encaixam um nos outros (Bronfenbrenner, 1979, *cit. in* Bronfenbrenner, 2005).

Desde a conceptualização da sua teoria em 1979, verifica-se uma evolução até que, a partir de 1989, Bronfenbrenner reformula a sua definição de ecologia do desenvolvimento, associando conceitos veiculados por Sameroff no seu modelo transacional, considerando assim que:

“o desenvolvimento ocorre através de processos de interações recíprocas cada vez mais complexas, entre um organismo humano biopsicológico em evolução e as pessoas, objetos e símbolos do seu meio ambiente externo” (Bairrão & Almeida, 2003, p. 16).

Assim, deixando inalteradas as conceções de meso e exossistema, vai redefinir o microsistema como as experiências e relacionamentos de determinada pessoa, com determinadas características físicas e materiais, com outras pessoas com características diferentes, introduzindo igualmente o mundo dos símbolos e da linguagem (*o sistema semiótico*) (Lerner, 2005). Por sua vez, o macrossistema vai incluir um contexto social mais vasto, onde aparecem os recursos, acasos, estilos de vida, oportunidades e opções de vida.

Em 1998, Broffenbrenner e Morris apresentam o modelo bioecológico no qual o desenvolvimento é considerado “*phenomenon of continuity and change in the biopsychological characteristics of human beings both as individuals and as Groups. The phenomenon extends over the life course across successive generations and through historical time, both past and present*” (Bronfenbrenner, 2005, p.3). Numa visão mais ampla do desenvolvimento, o modelo bioecológico também enfatiza o ambiente (Contexto), mas propõe que o desenvolvimento humano seja estudado por meio da interação deste núcleo com outros três, de forma inter-relacionada: o processo, a pessoa e o tempo (Bronfenbrenner & Moris, 1998 *cit. in* Pimentel, 2005).

Ao *contexto* correspondem os quatro sistemas anteriormente propostos por Bronfenbrenner: microsistema, mesossistema, exossistema e macrossistema. É no

contexto dos microssistemas que operam os *processos proximais* que sustentam o desenvolvimento, dependendo da estrutura e do conteúdo dos mesmos.

O *processo* é considerado o principal mecanismo responsável pelo desenvolvimento, que é entendido como as interações recíprocas progressivamente mais complexas do sujeito com as pessoas, objetos e símbolos presentes no seu ambiente imediato. O ser humano é considerado um ser biopsicologicamente em evolução devendo assumir uma postura ativa no processo.

O terceiro componente do modelo bioecológico é a *pessoa*. A pessoa é detentora de características determinadas biopsicologicamente (experiências vividas, habilidades) e aquelas construídas na sua interação com o meio. As pessoas apresentam-se como o resultado da interação conjunta de todos os elementos - processo, pessoa, contexto e tempo (Bronfenbrenner, 1999 *cit in* Poletto & Koller, 2008).

A componente *tempo* permite analisar a influência que a mudança que ocorre ao longo do ciclo vital tem no desenvolvimento da pessoa. O tempo é analisado em três níveis: microtempo, mesotempo e macrotempo. Ao microtempo corresponde à mudança observada nos processos proximais; o mesotempo refere-se à periodicidade dos acontecimentos do processo proximal, considerado em intervalos de tempo como dias e semanas. O macrotempo evidencia as expectativas e os eventos constantes e mutantes tanto dentro da sociedade, como das gerações.

1.2 Modelo Transaccional de Sameroff

Sameroff (1975; Sameroff & Chandler, 1975 *cit. in* Tegethof, 2007) propõe um modelo que designou como Transaccional, enfatizando o facto de que a criança e os seus cuidadores influenciam-se mutuamente ao longo do tempo.

Considera que “*o desenvolvimento envolve a interação auto dirigida das crianças com os seus ambientes e a mudança progressiva da organização do comportamento em função da experiência*” (Sameroff, 1983 *cit.in* Pimentel, 2005, p.41).

Desta forma, aceitando que as causalidades reprodutivas possam influenciar o desenvolvimento do ser (*continuum of reproductive casualty*), propõem um novo paradigma centrado na prestação de cuidados (*continuum of caretaking casualty*) –

conceitos de Pasamanick e Knobloch (1964) - nos quais descrevem os efeitos dos fatores familiares, sociais e ambientais.

Posteriormente, Sameroff e Fiese (2000, *cit. in* Pimentel, 2005), vieram clarificar esta relação entre a criança e o seu contexto:

"No modelo transacional, o desenvolvimento da criança é visto como o produto das interações contínuas e dinâmicas da criança e da experiência providenciada pela sua família e contexto social. O que é inovador no modelo transacional é a igual ênfase posta nos efeitos da criança e do ambiente, de tal forma que as experiências proporcionadas pelo ambiente não são encaradas como independentes da criança. A criança pode ter sido um forte determinante das experiências atuais, mas o desenvolvimento não pode ser sistematicamente descrito sem uma análise dos efeitos do ambiente na criança" (p. 142).

Assim, as situações consideradas de risco biológico ou ambiental, que podem afetar o desenvolvimento, podem ser atenuadas ou potencializadas, respectivamente, por condições do meio, propícias ou adversas (Tegethof, 2007). Assume-se assim que, se por um lado os fatores ambientais podem alterar falhas biologicamente determinadas, por outro, existem vulnerabilidades desenvolvimentais que têm uma etiologia ambiental (Meisels & Shonkoff, 2000 *cit. in* Pimentel, 2005).

Sameroff e Fiese (2000), assim como Pimentel (2005, p.32), vão ainda mais além referindo que é possível identificar objetivos e estratégias de intervenção: "*Examinando as forças e fraquezas do sistema regulador, podem ser identificados objetivos que minimizam a amplitude da intervenção e maximizam a sua eficiência*".

Nas estratégias de intervenção são propostas, conhecidas como os três "R" da intervenção, a *remediação* (adequação da criança a uma situação pré-existente), a *redefinição* (procura de interações parentais mais adequadas) e a *reeducação* (ensino de competências parentais).

No que concerne ao *sistema regulador*, os autores ressalvam a importância de se perceber de que forma é que se encontra organizado para permitir uma intervenção eficaz, levando a criança a atingir melhores resultados (Tegethof, 2007; Mendes, 2010). Concebe, assim, três níveis ou sistemas reguladores: o *genótipo*, o *mesótipo* e o *fenótipo*. Nas palavras dos autores "*o comportamento da criança é o produto das transações entre fenótipo, isto é, a criança, o mesotipo, isto é a fonte de experiência*

externa, e o genótipo, isto é a fonte de organização biológica” (Sameroff & Fiese, 2000, p. 143 cit. in Pimentel, 2005, p. 34).

Recentemente, Sameroff (2010, p.20), através da análise da dialética *nature* versus *nurture*, propõe-nos uma teoria unificada do desenvolvimento biopsicossocial, uma visão integrada e complexa de como as experiências biológicas, psicológicas e sociais se interpenetram e influenciam o indivíduo no decorrer da sua vida:

“Over the time body changes, the brain changes, the mind changes, and the environment changes along courses that may be somewhat independent of each other and somewhat a consequence of experience with each other.”

O modelo transaccional é um forte contributo teórico para os programas de intervenção precoce, especialmente pela ênfase na identificação de objetivos e estratégias de intervenção, mas também pela associação que efetua entre o comportamento e o desenvolvimento do indivíduo com o seu contexto social.

1.3 Modelo de Terceira Geração Baseado na Evidência

Dunst (2000), mantendo a ênfase colocada no apoio social e na necessidade de mobilização das redes sociais de apoio informal, conceptualizou um Modelo de Terceira Geração, partindo da necessidade de eliminar quaisquer dúvidas sobre a população alvo da intervenção precoce – a família, e de englobar as conceptualizações de novas investigações na área da IP. (Serrano & Boavida, 2011).

Desta forma, a família, no seu todo e nos indivíduos que a integram, incluindo a criança que originou a entrada no programa de IP, são o foco da IP.

Dunst (2000) assim como Pimentel (2005) consideram que a dimensão “criança” ficou perdida na abordagem centrada na família referindo que:

“(…) qualquer modelo que se deseje útil, necessita de incorporar explicitamente as características da interação pais-criança e da própria criança (...). Isto é especialmente evidente à luz das provas que mostram a influência contextual e sócio-cultural no desenvolvimento e aprendizagem da criança e nos papéis e estilos educativos e parentais que conduzem à promoção da competência da criança”. (Dunst, 2000 *cit. in* Pimentel, 2005, p. 79)

Na conceptualização deste modelo, Dunst incorpora quatro componentes: *oportunidades de aprendizagem das crianças, o suporte parental, apoio familiar e comunitário, as práticas de ajuda centradas na família* (Dunst & Trivette, 2005).

Desta forma, considera que:

- Oportunidades de aprendizagem da criança são aquelas que se mostram interessantes e capazes de motivar a participação da criança, produzindo um sentimento de controlo da própria criança;
- Suporte Parental corresponde às informações, orientação e aconselhamento que fortalecem as competências e o conhecimento dos pais e vão contribuir para o incremento de oportunidades de aprendizagem da criança e o seu desenvolvimento;
- Apoio familiar e comunitário inclui qualquer tipo de recursos intrafamiliar, informal, ou comunitário e formal, necessários para o desempenho de uma parentalidade responsável;
- A prática centrada na família considera a família e as prioridades e preferências familiares como tendo um papel central em todas as decisões respeitantes à criança.

Conforme referem Trivette e Dunst (2000, *cit. in* Pimentel, 2005, p. 82):

“as práticas baseadas na família proporcionam ou servem de mediadores à obtenção de recursos e apoios necessários para que as famílias tenham tempo, energia, conhecimento e competências para proporcionar aos seus filhos oportunidades de aprendizagem e experiências que promovam o desenvolvimento”.

Nesta ótica, considerando que família não existe isoladamente mas está inserida numa comunidade, esta deve ser também trabalhada no sentido de se tornar um parceiro ativo da intervenção, para se constituir numa fonte de recursos e apoios para a família e para a criança. Acresce o facto que os recursos comunitários, referidos como *apoio informal*, devido à sua proximidade, tendem a ser mais estáveis, permanentes e facilmente acessíveis às famílias, do que o apoio prestado por interventores/profissionais, o *apoio formal* (Trivette, Dunst & Deal, 1997 *cit. in* Tegethof, 2007).

No modelo são definidos cinco tipos de práticas que conduzem à otimização do desenvolvimento das crianças e famílias: (i) as *práticas baseadas nas aptidões* ou forças

da família e da comunidade; (ii) um *paradigma sinérgico* assente na capacidade que os indivíduos, famílias e comunidades têm na utilização dos seus próprios recursos para atingirem os objetivos pretendidos, resultando no seu fortalecimento; (iii) a *utilização de recursos formais e informais*, estes últimos considerados como supletivos em relação aos formais e, por vezes, podendo substituí-los; (iv) as *práticas centradas na comunidade*, assentes nos recursos e apoios aí existentes; e (v) as *soluções de dentro para fora*, incidindo nas preocupações, prioridades e desejos dos indivíduos, famílias e comunidades, respeitando os costumes, valores e hábitos dos grupos e comunidades locais (Trivette, Dunst & Deal, 1997 *cit. in* Tegethof, 2007).

Nas práticas de intervenção baseadas nos recursos os autores articulam componentes esquematizadas da seguinte forma:

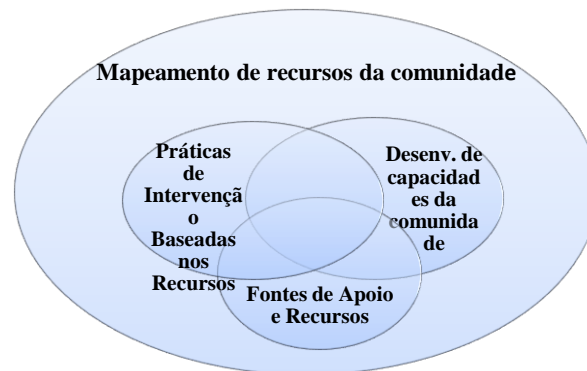


Figura 1 – Componentes das Práticas de Intervenção Baseadas nos Recursos
(Adaptado de Trivette, Dunst & Deal, 1997 *cit. in* Carvalho, 2011)

As *fontes de apoio e recursos* referem-se a qualquer tipo de ajuda ou apoio que responda eficazmente às necessidades da criança e da família. Assim encontramos a sua rede de apoio social informal, mas também as associações, organizações e programas da comunidade (grupos desportivos, sociedades recreativas, atividades das paróquias, associações culturais,...), tal como as diversas estruturas disponíveis (piscinas, bibliotecas, museus, parques infantis, salas de espetáculos,...). O papel do profissional é o de ajudar a família a identificar e mobilizar os recursos de que necessita, de entre recursos (formais e informais) disponibilizados pela comunidade.

O *desenvolvimento de capacidades da comunidade* reporta-se às estratégias de sensibilização e apoio que visam tornar as comunidades mais abertas e capazes de dar respostas às crianças com necessidades educativas especiais e às suas famílias.

O *mapeamento de recursos da comunidade*, alude ao processo contínuo de recolha de informações e identificação dos apoios e recursos formais e informais da comunidade que podem ser necessários para responder aos objetivos das crianças e famílias.

Baseando-se no modelo transacional de Sameroff e Chandler e no modelo do desenvolvimento ecológico de Bronfenbrenner, este modelo valoriza a influência que os contextos mais distais do seu ambiente têm no desenvolvimento da criança (Tegethof, 2007; Carvalho, 2011).

2. Evolução dos Conceitos e Práticas de Intervenção Precoce

2.1. Conceito de Intervenção Precoce

Shonkoff e Meisels (2000), enquadram a prática atual da intervenção precoce em três pressupostos que remetem para a evolução das teorias do desenvolvimento já expostas:

- (i) os organismos têm a capacidade de adaptação ao ambiente e o comportamento e o desenvolvimento não são geneticamente definidos;
- (ii) o desenvolvimento só pode ser compreendido num contexto ecológico abrangente;
- (iii) a necessidade de uma intervenção interdisciplinar.

Numa definição mais genérica a *Intervenção Precoce abrange os serviços de educação especial e afins destinados a idades precoces e de idade pré-escolar com necessidades educativas especiais e suas famílias* (Bailey & Wolery, 2002 cit. in Bairrão & Almeida, 2003, p.15). Esta definição parece centrar-se exclusivamente nas crianças com risco estabelecido excluindo as crianças em risco biológico e ambiental de usufruírem dos programas de IP. Por outro lado, não faz referência à articulação inter e intra serviços para responder às necessidades das crianças e famílias.

No seu conhecido artigo “Mayday Mayday”, Bairrão (2006) define IP como o conjunto de recursos para crianças em risco (estabelecido, biológico ou social) entre os 0 e os 5/6 anos. Na sua definição estão implicados três conceitos fundamentais de prevenção: primária (“evitar que as dificuldades ocorram”), secundária (“melhorar as dificuldades das crianças com vista à sua eliminação”) e terciária (“melhorar e não permitir o agravamento das dificuldades das crianças com necessidades educativas especiais já

adquiridas”), associando a melhoria do meio ambiente à qualidade de vida das crianças e famílias. A vertente preventiva referida como primária e secundária dirige-se, essencialmente, ao atendimento de crianças em situação de risco biológico e risco ambiental.

Dunst e Bruder (2002) definem I.P. como o conjunto de serviços, apoios e recursos acionados para responder às necessidades da criança e da família, com o objetivo de promover o desenvolvimento da criança.

Mais tarde, Dunst (2007) propõe como definição de IP:

“(…) experiences and opportunities afforded infants and toddlers with disabilities by the children’s parents and other primary caregivers that are intended to promote the children’s acquisition and use of behavioral competencies to shape and influence their prosocial interactions with people and objects.” (p. 162)

Note-se a influência que as experiências envolvimentoais produzem na aprendizagem precoce e no desenvolvimento da criança, e a visão da criança, dos pais, da família e dos serviços (incluindo a IP) num funcionamento complexo e dinâmico.

O conceito proposto por Guralnick (2005, p.64) “*The provision of resource supports, and information and services to families (i.e., early intervention services and supports) in order to support full participation of a child with disability or a child at risk (...)*”, prevê uma orientação comunitária e uma orientação inclusiva para os programas de intervenção precoce.

A *European Agency for Development in Special Needs Education* (EADSNE, 2010), e congregando a opinião de diversos especialistas da área da intervenção precoce a nível europeu, na avaliação da IP nos vários países europeus, partiu de uma definição operacional de intervenção precoce que passa por um conjunto de serviços para as crianças e suas famílias, disponibilizados num certo período da vida destas, no sentido de permitir incrementar o seu desenvolvimento, fortalecer as competências da família, e promover a inclusão social.

Shonkoff e Meisels (2000, p.17), na concepção apresentada, definem claramente os objectivos da IP:

Intervenção Precoce na Infância:
Uma Abordagem ao Risco Ambiental na Região Autónoma dos Açores

“A Intervenção Precoce consiste num conjunto de serviços multidisciplinares proporcionados às crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 5 anos, com o objetivo de:

- promover a sua saúde e bem-estar;
- promover competências emergentes;
- minimizar atrasos de desenvolvimento;
- remediar incapacidades existentes ou emergentes;
- prevenir a sua deterioração funcional;
- e promover a função parental adaptativa e o funcionamento do conjunto da família.”

Neste sentido, são proporcionados serviços individualizados de âmbito desenvolvimental, educacional e terapêutico às crianças, a par de um apoio às suas famílias planeado em conjunto. (Meisels & Shonkoff, 2000).

Por tal fato, se sublinha a importância dos programas congregarem serviços multidisciplinares e individualizados, numa coordenação de serviços de educação, da saúde e da ação social como resposta às necessidades da criança, mas também da família.

2.2 Princípios Relevantes para a Prática de Intervenção Precoce

Parece existir grande heterogeneidade dos programas e das práticas de intervenção precoce implementadas, quer nos E.U.A. (Shonkoff & Meisels, 2000), quer nos vários países europeus (EADSNE, 2010) e em Portugal (Bairrão, 2006; Serrano & Boavida, 2011). Nos EUA existe consenso científico relativamente às práticas a privilegiar – as práticas baseadas na evidência, isto é, práticas resultantes de estudos empíricos que evidenciam a relação entre as práticas e os resultados (Odom & Wolery, 2003 *cit. in* Tegethof, 2007).

2.2.1. Da Intervenção Centrada na Criança à Intervenção Centrada na Família e na Comunidade

Ao longo do tempo, em resultado de inúmeras influências práticas, conceptuais e teóricas, a IP veio a assumir a especificidade de uma Abordagem Centrada na Família, tendo por base cinco aspetos fundamentais: (i) no reconhecimento de que as famílias

são o alicerce da promoção da saúde e bem-estar da criança; (ii) na consideração pelas escolhas e decisões da família; (iii) na ênfase nas capacidades da criança e das famílias; (iv) nas parcerias família/ profissional e na adequação dos recursos às necessidades; (v) no respeito mútuo entre famílias e profissionais, no esforço para alcançar os objectivos (Dunst, 2007, *cit. in* Pereira & Serrano, 2009).

Tradicionalmente, os programas de intervenção precoce centravam-se unicamente na criança, alvo da intervenção. Aos profissionais competia avaliar a criança, conceber e implementar um plano com vista à maximização do desenvolvimento da criança (McWilliam *et al.*, 2003). Os profissionais de IP eram reconhecidos como os peritos e aos pais cabia um papel subsidiário na intervenção com a criança, recebendo indicações das ações a desenvolver com a criança.

Serrano e Boavida (2011), ao estudarem Dunst, Johanson, Trivette e Hamby (1991), apresentam uma descrição de como as práticas profissionais evoluíram para uma conceção centrada na família:

- *modelo centrado no profissional*: o profissional é considerado o perito, ao qual cabe as principais decisões.
- *modelo aliado à família*: o profissional continua a identificar as necessidades da criança e da família e constrói o plano de intervenção, no entanto são as famílias que o vão implementar.
- *Modelo focado na família*: as famílias são consideradas consumidoras e vão optar mediante as opções de intervenção apresentadas pelo profissional,
- *Modelo centrado na família*: profissionais e famílias são vistos como parceiros, as decisões cabem, em última instância, às famílias e a intervenção, sendo individualizada e flexível, deve responder às necessidades identificadas pela própria família.

O modelo centrado na família traduz um role de vantagens e benefícios para o funcionamento familiar, nomeadamente no seu *empowerment*¹, bem-estar, na percepção da

¹ Que traduzido corresponde a fortalecimento. O termo começou por ser usado no âmbito da Psicologia Comunitária por Rapaport (1981) tendo sido disseminado para campos tão diversos como o Serviço Social ou a Intervenção Precoce. Dunst, Trivette e Lapointe (1994), citados por Pimentel, utilizam o termo “Fortalecimento Proactivo através da parceria, enfatizando a identificação das forças e recursos da criança e da família (proactiva), a capacitação e o fortalecimento de competências dos pais para que estes

sua competência e na percepção do desenvolvimento e comportamento da sua criança (Dunst & Trivette, 2005; 2009).

Desta forma, a abordagem centrada na família é definida como “*a philosophy of care in which the pivotal role of the family is recognized and respected (...) [in which] families should be supported in their natural caregiving and decision-making roles (...) [in which] parents and professionals are seen as equals*”. (Brewer, McPherson, Magrab & Hutchin, 1989, p. 1056, *cit. in* Espe-Sherwindt, 2008, p. 137).

A abordagem centrada na família considera toda a família como a unidade de intervenção, reconhecendo que o bem-estar de cada membro da família influencia todos os outros. Os princípios desta abordagem são expostos por MacWilliam, Winton e Crais (2003):

- (i) *Reconhecer os pontos fortes da criança e da família* – com a devida informação, ensino de capacidades e apoio adequado, todas as famílias são capazes e competentes, mesmo as famílias com capacidades e recursos limitados ou com uma cultura ou valores diferentes. O papel do profissional é o de ajudar os pais a reconhecerem as suas potencialidades e capacidades, encorajar o seu uso e desenvolvimento, e ajudá-los a localizar os recursos que necessitam. Segundo Dunst, Trivette e Mott (1994, p.117):

“o objetivo da intervenção não deve ser visto como ‘fazer as coisas pelas pessoas’, mas antes como o fortalecimento do seu funcionamento de modo que as famílias sejam menos, e não mais, dependentes da ajuda dos profissionais”.

Esta abordagem otimista reconhece também os pontos fortes da criança, uma vez que os pais preocupam-se com o desenvolvimento da criança e agradecem toda a informação e ajuda que recebem.

- (ii) *Reconhecer as prioridades da família* – a intervenção deve ser concebida para ir ao encontro daquilo que é identificado como mais importante ou prioritário para a família e não para o profissional.
- (iii) *Individualizar a prestação de serviços* – reconhece que cada família é única, com prioridades próprias, e que os serviços devem ser concebidos individualmente.

- (iv) *Dar resposta à mudança de prioridades na família* – assumindo que as prioridades familiares não são estáticas, considera que a intervenção deve adequar-se às mudanças familiares ao longo do tempo.
- (v) *Apoiar o modo de vida da família* – o objetivo da abordagem centrada na família é o de não perturbar as rotinas familiares, mas, ao invés, ajudar a família a encontrar um equilíbrio, reconhecendo e fortalecendo os sistemas de apoio à família já existentes (apoio informal).

Os autores reconhecem a dificuldade de implementação de uma intervenção centrada na família, pois não existem listas de procedimentos ou receitas, pelo contrário, a intervenção deve ser individualizada para cada criança e cada família, inserida num contexto específico, com prioridades próprias que variam ao longo do tempo.

“Quando se trata de pôr em prática princípios centrado na família, ‘o mesmo tamanho não serve para todos’. A chave para o sucesso é entender as preferências únicas de cada família e assegurar-se de que os serviços oferecidos pelos programas são suficientemente flexíveis para permitir que os profissionais deem resposta às diferentes preferências e prioridades” (MacWilliam, Winton & Crais, 2003, p. 17)

A filosofia da intervenção centrada na família, acrescentou à intervenção precoce dois conceitos, provenientes da área da intervenção social de apoio às famílias: *capacitação* e de *fortalecimento*. (Dunst, Trivette e Deal, 1988, *cit. in* Tegethof, 2007). *Capacitar* recai sobre a criação de oportunidades para que a família utilize as competências que tem ou adquira novas, para mobilizar os recursos e apoios necessários de forma a responder às suas necessidades e adaptar-se e responder aos inúmeros desafios que lhe vão surgindo no dia-a-dia. Estas *experiências capacitantes* vão *fortalecer* a família, aumentando a sua autoestima e o sentimento de autocontrolo em todos os aspetos da sua vida, incluindo no desenvolvimento dos seus filhos.

2.2.2. Intervenção nos Contextos Naturais da Criança

Dadas as características únicas de cada criança, com necessidades próprias, parte de uma família específica, pertencendo a uma comunidade, pode-se afirmar que não existe um espaço específico para o desenvolvimento das atividades da intervenção Precoce. O local da intervenção depende das rotinas diárias da criança e da família, podendo incluir a sua casa, creches/jardins-de-infância, escolas, unidades de saúde ou outras instalações

comunitárias, a que são chamados contextos naturais de vida (Stayto, & Bruder, 1999, *cit. in* Serrano & Boavida, 2011; Dunst & Bruder, 2002).

O conceito surgiu pela primeira vez no domínio da IPI em 1991, advogando que os serviços deviam ser prestados nos contextos naturais, incluindo a casa e os cenários comunitários onde as crianças participam. Desta forma, cabe à família decidir os espaços onde devem acontecer as experiências de aprendizagem promotoras de desenvolvimento das suas crianças (Briker, 2001; Tissot & Thurman, 2002 *cit. in* Pimentel, 2005).

Os contextos naturais de vida são qualquer lugar onde a criança e a família se inter-relacionam, aprendam e brincam, incluindo: (i) *espaços físicos*, como a casa onde vivem, jardim ou local de emprego, casa de familiares ou vizinhos; (ii) *materiais*, como brinquedos, livros, baloiços, relvados, colheres...disponíveis nos espaços físicos que a criança frequenta; (iii) *pessoas significativas*, pais, familiares, amigos, vizinhos, educadores ou qualquer outro com quem a criança interage; (iv) *atividades*, incluindo as rotinas diárias da criança e da família, o comer, tomar banho, vestir, brincar, participação comunitária e práticas culturais.

Os ambientes naturais da criança são os espaços que a criança melhor conhece e nos quais se sente mais confortável daí serem propícios ao seu desenvolvimento e à sua inclusão.

Bruder (2010) refere que as oportunidades de aprendizagem das crianças ocorrem em todos os diferentes contextos em que a criança participa, incluindo o contexto familiar, o contexto comunitário e, também, no contexto do programa de IP. O contexto familiar inclui todas as pessoas, espaços e experiências como comer às refeições, salpicar água durante o banho, ouvir histórias e aprender nos encontros familiares. As oportunidades de aprendizagem nos contextos comunitários podem incluir passeios na vizinhança, parques infantis, festivais infantis, piscinas comunitárias... No contexto formal dos programas de intervenção precoce constam as experiências proporcionadas pelos profissionais. Citando Campbell (2004), a autora defende que as instruções práticas e as técnicas terapêuticas devem ser implementadas em todos os contextos em que a criança participa, de forma a tirar proveito das oportunidades de aprendizagem disponibilizadas.

Num trabalho apresentado em 2001, Dunst e seus colaboradores conceptualizam um quadro de referência tridimensional para o conceito de ambientes naturais, que diferencia entre *práticas contextuais* e *não contextuais*, *iniciadas pela criança* versus *dirigidas pelo adulto* e contando com a *presença ou ausência do interventor/profissional* (Tegethof, 2007). A primeira dimensão reporta-se aos cenários onde as atividades são desenvolvidas e de serem, ou não, ambientes de aprendizagem significativos. Como exemplo de uma atividade contextualizada encontramos o subir ou descer as escadas quando a criança tem necessidade de o fazer; relativamente a uma atividade não significativa ou descontextualizada, podemos encontrar o terapeuta de fala que se isola num canto da sala de jardim para desenvolver práticas tradicionais.

A segunda dimensão, tem a ver com quem inicia a atividade ou a interação com outras pessoas ou objetos: a interação pode ser dirigida e centrada no adulto ou na criança. A intervenção centrada na criança tem como objetivo a promoção do seu desenvolvimento, tendo em conta os interesses da própria criança e as suas atividades diárias.

A terceira e última dimensão diz respeito à presença ou não do interventor/profissional: o profissional pode estar presente, num continuum temporal, em sessões de apoio de que é exemplo as práticas clínicas tradicionais (que provaram a sua ineficácia), pode estar ausente como sucede nas oportunidades diárias de aprendizagem no âmbito da família e da comunidade (consideradas mais positivas ao nível do desenvolvimento da criança), entre estes dois extremos encontramos atividades que são mediadas pelo interventor/profissional que procura otimizar as oportunidades de aprendizagem da criança, através da orientação e aconselhamento aos pais ou outros prestadores de cuidados.

Nesta linha, Dunst (2007, p. 162) defende a utilização de um *modelo de práticas contextualmente mediadas*, definido como:

“...práticas desenvolvidas pelos pais (e outros prestadores de cuidados primários), que, no decorrer das atividades diárias da família e da comunidade, proporcionam oportunidades de aprendizagem baseadas nos interesses da criança e em que a responsividade e o encorajamento dos pais promovem a aprendizagem da criança e o desenvolvimento de competências funcionais e socialmente adaptadas.”

Numa diferente abordagem, Guralnick (2005) refere a necessidade de se tirar proveito do vasto leque de oportunidades educativas e recreativas que as comunidades têm para oferecer. Referenciando Walsh, Rous e Lutzer (2000) defende que a intervenção deve ocorrer nos espaços que habitualmente as crianças com desenvolvimento padronizado frequentam, sendo este um princípio central da inclusão.

Briker (2001) enfatiza que o objetivo da intervenção precoce é, em última análise, responder às necessidades da criança com vista à promoção do seu desenvolvimento e aprendizagem, o que implica que, em alguns casos, os serviços sejam prestados em contextos especializados.

2.2.3. O Modelo de Equipa na Intervenção Precoce

A equipa em Intervenção Precoce é definida como “*uma unidade funcional composta por indivíduos com formação especializada e variada e que coordenam as suas atividades a fim de prestar os seus serviços às crianças e famílias*” (Golin & Ducanis, 1981, *cit. in* Franco, 2007, p.116). Presume-se assim a interação de uma multiplicidade de saberes, formações e intervenções que têm de ser conjugadas, uma vez que os problemas multifacetados das crianças e das famílias são demasiado complexos para serem resolvidos por uma só disciplina (Holm & McCartin, 1978; Spencer & Coye, 1988 *cit. in* Carvalho, 2011).

Para Tegethof (2007), a existência de um efetivo trabalho de equipa é essencial para assegurar que todos partilham os mesmos objetivos e estratégias com vista ao bem-estar da família e da criança. Daí a necessidade de se desenvolver um modelo de prestação de serviços, suficientemente flexível para incluir uma multiplicidade de respostas e, simultaneamente, individualizá-las em função da especificidade de cada situação.

O modo como os profissionais interagem entre si tem vindo a evoluir no âmbito da IP, sendo possível identificar três modelos de comunicação no trabalho em equipa: multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar (MacWilliam, 2003 *cit. in* Mendes, 2010): (i) *multidisciplinar*, cada profissional tem a sua especialidade, não podendo, ou não devendo implementar práticas de outras disciplinas; existência de vários profissionais a apoiarem em simultâneo a mesma família; o modelo dificulta uma perceção mais abrangente da situação familiar e não promove a aquisição de saberes de

outras disciplinas; (ii) *interdisciplinar*, cada profissional tem a sua área de especialidade, não podendo, ou não devendo implementar práticas de outras disciplinas; há vários profissionais a apoiarem a mesma família, mas as informações de uma disciplina profissional têm utilidade para as outras; (iii) *transdisciplinar*, cada profissional tem a sua área de especialidade; apenas um profissional apoia a família e implementa intervenções planeadas e supervisionadas por outros profissionais da equipa; o modelo é facilitador de uma avaliação mas abrangente da criança e da família e de uma planificação unificada.

O modelo transdisciplinar é reconhecido como a melhor organização de equipa para a Intervenção Precoce (Carpenter, 2005; Bruder, 2000; Guralnick, 2005 *cit. in* King *et al.*, 2009) uma vez que procura providenciar serviços coordenados, integrados e centrados na família. Das vantagens apontadas para adoção deste modelo encontram-se: (i) maior eficiência dos serviços, um maior número de crianças pode beneficiar do apoio da equipa porque nem todos os profissionais apoiam diretamente a mesma criança; (ii) relação custo-eficácia dos serviços, as avaliações transdisciplinares são reconhecidas como menos dispendiosas devido à sua celeridade; (iii) menos intrusão no seio familiar, a criança e a família relacionam-se e interagem com um elemento da equipa; (iv) redução da confusão, a informação é transmitida por apenas uma pessoa e os pais sabem com quem podem contar sempre que necessitem; (v) adoção de uma abordagem holística do desenvolvimento permitindo a utilização de planos de intervenção mais coerentes; (vi) permite o desenvolvimento profissional através do conhecimento e respeito de outras áreas profissionais.

A transdisciplinaridade é definida como “*the sharing of roles across disciplinary boundaries so that communication, interaction, and cooperation are maximized among team members*” (King *et al.*, 2009, p. 211), criando oportunidades para um trabalho conjunto entre pais e profissionais (McGonigel, Woodruff & Roszmann-Millican, 1994, *cit. in* Serrano & Boavida, 2011).

Um elemento essencial no modelo de trabalho em equipa transdisciplinar é a figura do coordenador de serviços, isto é, o profissional que apoia os pais a aceder aos diferentes técnicos e serviços para responder às suas necessidades (Tegethof, 2007). Inicialmente este profissional era intitulado de gestor de caso, mas, e numa questão de denominação, as famílias não se identificam como casos e não querem ser geridas.

Com o aperfeiçoamento do modelo de intervenção centrado na família, o papel do coordenador de serviços abandonou a procura e obtenção de serviços e recursos para a família para se centrar no fortalecimento familiar. Assim, este profissional passa a coordenar, com a família, os serviços e recursos que respondem às necessidades da criança e da família e que esta identificou como aqueles a que pretende recorrer.

No que concerne às estratégias de ajuda eficazes (Dunst, 2007), que este profissional deverá utilizar para fortalecer a família, Sandall (1997, *cit. in* Tegethof, 2007) destaca:

- *O apoio contingente* – que consiste em proporcionar uma ajuda que deve ser contingente com os comportamentos do indivíduo e só deve ser disponibilizada quando ele está ativamente envolvido na resolução dos seus problemas, desenvolvendo, assim, o seu sentimento de controlo sobre o processo.
- *As experiências capacitantes* – que consistem em proporcionar experiências que permitam uma participação ativa das famílias em decisões que a afetam, desenvolvendo o seu sentimento de controlo sobre os acontecimentos futuros.
- *O fortalecimento* – que consiste em reconhecer que a família já tem muitas competências - se não as usa é devido a limitações do contexto social - e que novas competências são mais facilmente adquiridas no contexto do dia-a-dia.

2.3.4. A elegibilidade das crianças em Intervenção Precoce

A definição da população-alvo dos programas de intervenção precoce remete-nos para duas questões essenciais: o grupo etário a abranger e a população a eleger (Tegethof, 2007). A questão da elegibilidade é, pois, uma questão-chave na prestação de serviços de intervenção precoce, com repercussões a nível dos recursos disponíveis e dos necessários e, portanto, financeiros. Caberá aos decisores políticos a decisão ao nível da prevenção que querem situar-se – se a nível da prevenção primária, secundária ou terciária.

No que concerne ao grupo etário das crianças a abranger, Shonkoff e Phillips (2000), evocando os resultados da investigação atual na área da neurobiologia e a forma como as experiências precoces afetam o desenvolvimento cerebral, consideram que o apoio dos serviços de IP não se pode restringir à faixa etária dos 0 aos 3 anos, uma vez que,

sendo um período muito importante a nível do desenvolvimento cerebral, o apoio começa, por vezes, muito tarde e termina demasiado cedo, sendo desproporcional ao apoio que lhe vai ser prestado nos anos seguintes.

Harbin, McWilliam e Gallagher (2000, *cit. in* Tegethof, 2007), dão ênfase à perda traumática que é para muitas famílias a súbita falta da relação de apoio, também emocional, com o coordenador de serviços de intervenção precoce, considerando necessário o alargamento da faixa etária para os 5 anos.

Nos EUA, a legislação em vigor - *Individuals with Disabilities Education Act* (IDEA) distingue, os serviços de intervenção precoce na infância (*early childhood intervention*), destinados às crianças até aos 3 anos, dos serviços de educação especial precoce (*early childhood special education*), desenvolvidos no âmbito da educação pré-escolar e dirigidos às crianças dos 3 aos 6 anos.

De acordo com a Eurllyaid (2010), a tendência na Europa é de a IPI abranger a faixa etária dos 0 aos 6 anos. Em Portugal, o Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de Outubro, através do qual foi criado o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), prevê o apoio às crianças entre os 0 e os 6 anos, com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam a participação nas atividades típicas para a respetiva idade e contexto social ou com risco grave de atraso de desenvolvimento. Nos Açores, a legislação prevê o apoio dos serviços de intervenção precoce desde a deteção do risco até à entrada no sistema educativo formal, que pode ocorrer entre os três (jardim-de-infância do ensino regular) e os cinco anos (pré-escolar).

Também Shonkoff e Phillips (2000), assim como Guralnick (2005), relevam a importância de uma deteção precoce e resultante prevenção de situações de risco, incidindo quer no período pré-natal, quer pós-natal, devido a agressões de ordem biológica ou ambiental.

Assim, no que concerne à segunda questão, a população a eleger, os autores consideram que terá que existir uma característica comum a todas as crianças abrangidas pelos programas de IP – a constatação de uma situação preocupante no seu desenvolvimento.

Benn (1993, *cit. in* Pimentel, 2004), propõe um quadro conceptual de elegibilidade, conforme definido pela IDEA. Partindo da classificação inicial de Tjossem (1976),

propõe três categorias de elegibilidade, propondo para cada uma delas critérios de elegibilidade e procedimentos para a avaliação:

- *Atraso de Desenvolvimento* – incluindo crianças com um défice grave de desenvolvimento, relativamente ao padronizado para a sua faixa etária, numa, ou em várias, das seguintes áreas: desenvolvimento cognitivo, desenvolvimento físico e motor, desenvolvimento da comunicação, desenvolvimento social ou emocional e desenvolvimento adaptativo. A sua identificação implica a utilização de procedimentos que abrangem: (i) o critério psicométrico, baseado em provas estandardizadas, (ii) a opinião clínica fundamentada de um especialista baseada numa avaliação interativa e multidimensional das características das crianças e dos contextos, ou (iii) uma combinação dos dois. No que concerne ao critério de elegibilidade, coloca a ênfase na diferença entre o nível de desempenho real e o esperado para a idade cronológica da criança, com um determinado valor de desvio padrão inferior à sua idade.

- *Condição estabelecida* – abrange crianças diagnosticadas com uma alteração física ou mental, associada a uma alta probabilidade de se vir a verificar um atraso de desenvolvimento (ex.: trissomia 21, paralisia cerebral).

- *Risco biológico e/ou ambiental* – inclui crianças que se encontram em risco, devido a condições biológicas e/ou ambientais, de vir a ter um atraso grave de desenvolvimento (ex.: prematuridade, baixo peso ao nascer, atraso mental dos pais, pobreza, baixo nível educacional dos pais). O *risco biológico* refere-se a crianças com uma história de complicações pré, peri ou pós-natais que possam acarretar sequelas em termos de desenvolvimento. O *risco ambiental* refere-se a crianças com uma narrativa de cuidados e experiências limitadas, que podem implicar uma maior probabilidade de atraso (Tegethof, 2007; Carvalho, 2011).

Benn (1993, *cit. in* Tegethof, 2007), com base num estudo de 27 fatores de risco nas crianças, considerou que à medida que os fatores de risco se multiplicam, o seu efeito combinado é maior do que o efeito de cada um ponderado separadamente, é o designado *efeito cumulativo do risco*. Propõe, desta forma, a utilização como critério de elegibilidade de uma combinação de fatores de risco, considerando-se um mínimo de quatro fatores de risco biológico e/ou ambiental, salientando ainda a importância de se

ter igualmente em conta as forças ou fatores de proteção da criança e da família para promover o desenvolvimento das suas capacidades individuais e do seu funcionamento.

Baseando-se na *CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*”, o Decreto-lei 281/09, de 6 de Outubro, refere que são elegíveis, as crianças entre os 0 e os 6 anos e respetivas famílias que apresentem condições incluídas nos seguintes grupos:

- 1- «*Alterações nas funções ou estruturas do corpo*» que limitam o normal desenvolvimento e a participação nas atividades típicas, tendo em conta os referenciais de desenvolvimento próprios, para a respetiva idade e contexto social.
- 2- «*Risco grave de atraso de desenvolvimento*» pela existência de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança.

Com suporte na legislação, o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) considerou como critério de elegibilidade a inclusão de todas as crianças do 1º grupo e as crianças do 2º, que acumulem 4 ou mais fatores de risco biológico e/ou ambiental.

Nos fatores de risco biológico incluiu:

- História familiar de anomalias genéticas, associadas a perturbações do desenvolvimento;
- Exposição intrauterina a tóxicos (álcool, drogas de abuso);
- Complicações pré-natais severas (Hipertensão, toxémia, infeções, hemorragias, etc.);
- Prematuridade <33 semanas de gestação;
- Muito baixo peso à nascença (< 1,5Kg);
- Atraso de Crescimento Intrauterino (ACIU): Peso de nascimento <percentil 10 para o tempo de gestação;
- Asfíxia perinatal grave (Apgar ao 5º minuto <4 ou pH do sangue do cordão <7,2 ou manifestações neurológicas ou orgânicas sistémicas neonatais).
- Complicações neonatais graves (sépsis, meningite, alterações metabólicas ou hidroeletrólíticas, convulsões)

Intervenção Precoce na Infância:
Uma Abordagem ao Risco Ambiental na Região Autónoma dos Açores

- Hemorragia intraventricular;
- Infecções congénitas (Grupo TORCH);
- Criança HIV positiva
- Infecções graves do sistema nervoso central (Meningite bacteriana, meningoencefalite)
- Traumatismos cranianos graves
- Otite média crónica com risco de défice auditivo

Nos fatores de risco ambiental consideram existir fatores inerentes aos pais e fatores associados ao contexto. Nos *fatores de risco parentais* constam:

- Mães adolescentes <18 anos
- Abuso de álcool ou outras substâncias aditivas
- Maus-tratos ativos (maus-tratos físicos, emocionais e abuso sexual) e passivos (negligência nos cuidados básicos a prestar à criança (saúde, alimentação, higiene e educação)
- Doença do foro psiquiátrico
- Doença física incapacitante ou limitativa.

Consideram-se *fatores contextuais*, entre outros:

- Isolamento (ao nível geográfico e dificuldade no acesso a recursos formais e informais; discriminação sociocultural e étnica, racial ou sexual; discriminação religiosa; conflitualidade na relação com a criança) e/ou Pobreza (recurso a bancos alimentares e/ou centros de apoio social; desempregados; famílias beneficiárias de RSI ou de apoios da ação social);
- Desorganização Familiar (conflitualidade familiar frequente; negligência da habitação a nível da organização do espaço e da higiene);
- Preocupações acentuadas, expressas por um dos pais, pessoa que presta cuidados à criança ou profissional de saúde, relativamente ao desenvolvimento da criança, ao estilo parental ou interação mãe/pai-criança

2.3.5 O Ciclo da Intervenção

Simeonsson *et. al.* (1996 *cit. in* Carvalho (2011) apresentam um conjunto sequencializado de atividades individualizadas a que chamaram de *ciclo de intervenção*, sendo composto pelas seguintes fases:

1. Definição de Expectativas de Intervenção;
2. Avaliação Multidisciplinar das características, necessidades e prioridades da criança e da família;
3. Plano de Intervenção: desenvolvimento de um plano individualizado de serviços para a família;
4. Implementação e Monitorização de Serviços;
5. Avaliação dos resultados e satisfação com o programa.

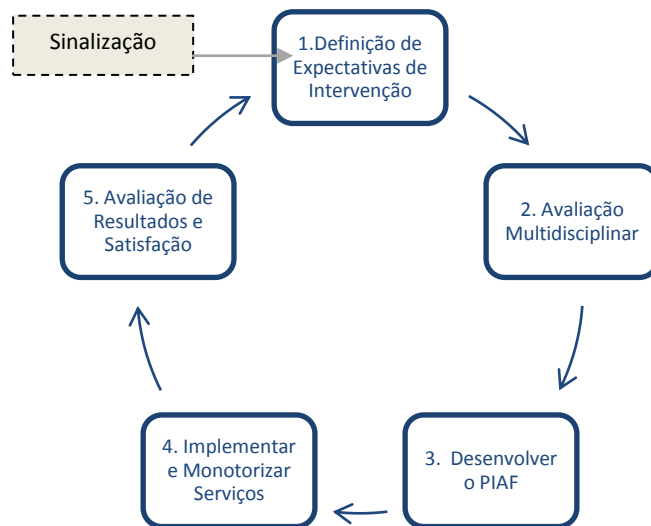


Figura 2 – O Ciclo de Intervenção (adaptado de Simeonsson et al., 1996 *cit. in* Carvalho, 2011)

A primeira fase corresponde aos primeiros contactos com a família, caracterizando-se por diversas expectativas familiares que guiam a intervenção: relativamente à criança, a si próprias e aos serviços; e expectativas do profissional, sendo necessário negociar e conciliar com as identificadas nas famílias, nomeadamente no que concerne à participação na intervenção ou ao local onde vai ocorrer.

Retomando um conceito de Kempler, Simeonsson realça a importância destes primeiros encontros, pretendendo que sejam *encontros completos*, isto é, encontros em que as expectativas e as necessidades das famílias são reconhecidas e, se possível, respondidas

por via da disponibilização de informações ou de apoio, traduzindo-se num sentimento de bem-estar e satisfação, lançando as bases de uma relação de confiança e de parceria (Tegethof, 2007).

A segunda fase corresponde à avaliação, que se pretende sistémica e multidimensional, com base nas características da criança, da família e dos seus contextos de vida. McWilliam, Winton e Crais (2003) referem que, numa abordagem centrada na família, o objetivo da avaliação não é só de verificar a elegibilidade da criança, mas, fundamentalmente, recolher a informação das preocupações e prioridades da família para conceber um plano de ação adequado.

A terceira etapa deste processo corresponde à elaboração conjunta, família e profissionais, do documento PIAF – Plano Individual de Apoio à Família. O PIAF é simultaneamente um documento escrito e um processo, utilizado como meio de coordenação de diligências de todos os envolvidos para responder às necessidades e prioridades da família (McWilliam, Winton & Crais, 2003).

A fase seguinte é a de implementação e monitorização de serviços, implicando um trabalho em equipa transdisciplinar onde a família é o elemento chave. Esta intervenção deve ocorrer nos contextos naturais, ser inserida nas rotinas diárias e promover a participação da criança e da família na comunidade, a sua inclusão.

A última fase contempla a avaliação, sendo esta um processo contínuo de adaptação dos serviços relativamente aos objetivos a atingir. Procura-se verificar se a forma, frequência e intensidade dos serviços prestados estão a produzir o efeito desejado ou se é necessário introduzir-se modificações. Neste caso, reinicia-se o ciclo de avaliação/intervenção definindo novos objetivos, estratégias ou apoios. Pode ainda suceder uma mudança no programa de intervenção precoce, pelo seu término e transição da criança para outro contexto. As mudanças são sempre geradoras de stress para as famílias, daí a necessidade da sua antecipação por parte dos profissionais que trabalham com a família, preparando e planeando a transição para permitir a continuidade dos serviços prestados à criança e à família.

3. Breve Evolução Histórica dos Programas de Intervenção Precoce

Os atuais programas de intervenção precoce encontram as suas raízes filosóficas e históricas nos filósofos europeus Comenius, Locke e Rosseau, nos séculos dezassete e dezoito; nos modelos de educação infantil propostos por Tolstoy (1967) e Neill (1960); no movimento de criação dos “Kindergarten”, iniciado por Froebel no início do século dezanove, e das “Nursery Schools” pela influência de Rachel e Margaret MacMillan, em Londres, e de Maria Montessori, em Roma, no início do século vinte (Meisels & Shonkoff, 2000).

As principais características destes movimentos de educação infantil, que influenciaram fortemente os serviços de intervenção precoce, eram um currículo centrado na criança, a ênfase na socialização precoce da criança num contexto diferente da família, a valorização da aplicação prática das teorias do desenvolvimento infantil e a convicção que o desenvolvimento nos primeiros anos são as bases das futuras competências sociais, emocionais e intelectuais do indivíduo.

Meisels & Shonkoff (2000) consideram ainda como outra influência histórica a evolução dos serviços de saúde materno-infantil e dos serviços de saúde mental, com a criação do Children’s Bureau (1912) visando reduzir a mortalidade, morbilidade e o trabalho infantil. Os resultados dos estudos desencadeados por esta instituição deram origem ao “Social Security Act” em 1935, confirmando a responsabilização do estado na promoção do bem-estar das crianças, e, em 1976, ao “Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment Program” (EPSDT) procurando identificar precocemente os problemas das crianças dos meios mais desfavorecidos, tentando anular o ciclo da pobreza.

São estas as principais influências que determinam o aparecimento daquele que é considerado o primeiro programa de intervenção precoce: o Head-Start.

3.1 A Nível Internacional

No contexto americano, surge em 1965 o programa *Head Start*, incorporado no “*Economic Opportunity Act*” de 1964 (Pereira & Serrano, 2009), como um projeto-piloto de 8 semanas para crianças em desvantagem social. O principal objetivo era

proporcionar às crianças de meios económicos mais desfavorecidos uma estimulação intensiva no período pré-escolar para facilitar o ajustamento e o desempenho escolar (Meisels & Shonkoff, 2000).

Embora só nos inícios da década seguinte este programa tenha apoiado famílias e crianças com deficiência, com a publicação da Lei Pública 92-424 de 1972, é considerado um marco na intervenção precoce/educação infantil especializada, nomeadamente nos aspetos que se relacionam com o envolvimento parental e na combinação da prestação de serviços de saúde, educação e serviços sociais (Allen & Petr, 1996, Hanson & Lynch, 1989, Meisels & Shonkoff, 2000, Richmond & Ayoub, 1993, *cit. in* Pimentel 2005; Pereira & Serrano, 2009; Carvalho, 2011).

A partir dos anos 70 assiste-se a um aumento significativo de programas de intervenção precoce nos quais predomina a análise comportamental aplicada (modelos behaviorista e comportamental) de que é exemplo o *Modelo Portage*. Alguns autores consideram estas abordagens altamente hierarquizadas e, embora diferentes das que se usam para crianças com um desenvolvimento considerado normal, têm provado a sua eficácia nas crianças com deficiências (Bailey, Jens & Johanson, 1983, referidos por Hanson & Lynch, 1989, Bailey & Wolery, 1992, Mahoney, Robinson & Powell, 1992, *cit. in* Pimentel, 2005), pese embora as críticas por serem demasiado estruturados e centrados no adulto (Graham & Bryant, 1994 *cit. in* Pimentel, 2005).

Em 1975 é publicada a P.L. 94-142, denominada de "Education for the Handicapped Act", considerada por McCollum e Maude (1993) citados por Pimentel (2005), a legislação mais importante relativamente às crianças com necessidades educativas especiais, consagrando princípios que alteraram o atendimento a essas crianças, nomeadamente a educação para todos; classificação não discriminatória; educação pública, gratuita e apropriada, incluindo um Plano de Ensino Individualizado (PEI); colocação num meio o menos restritivo possível e participação dos pais, por exemplo no que respeita à autorização para que os filhos recebam os serviços previstos e assinatura do PEI. Apesar do incremento de programas para crianças com idades mais precoces, constatou-se que não estavam a responder às necessidades específicas das mesmas pela inexistência de articulação entre os serviços de saúde, segurança social e educação (Gallagher & Tramill, 1998, McCollum & Maude, 1993, Shonkoff & Meisels, 1990, *cit in* Pimentel 2005).

Com a lei publicada em 1986 (P.L. 99-457) - “*The Education for All Handicaped Children’s Act Amendments*” – e mais tarde (1990) alterada para “*The individuals With Disabilities Education Act*” (IDEA), a família, e não somente a criança, torna-se no foco dos serviços de intervenção precoce, considerando que a mesma pode ter necessidades específicas, relacionadas ou não com a situação da criança em risco ou com deficiência (Dunst, Johanson, Trivette & Hamby, 1991, McBride, Brotherson, Joanning, Whiddon & Demmitt, 1993, Simeonsson & Bailey, 1990, *cit. in* Pimentel, 2005). Para além da ênfase colocada nas famílias, a legislação conceptualiza a coordenação de serviços, através do gestor de caso, a relação de parceria pais – profissionais, a elaboração de um Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF) e uma intervenção com base nos recursos da comunidade (Pereira & Serrano, 2009).

Em 1997-98, a versão reautorizada da IDEA (P.L.105-17) veio definir a elegibilidade em IP – crianças com condição estabelecida ou que estão em risco (Carvalho, 2011), e a mais recente reautorização em 2004 (P.L. 108-446) uma intervenção nos ambientes naturais da criança, substituindo a designação de gestor de caso (*Case Manager*) pela de coordenador de serviços (*Service Coordinator*) pretendendo refletir uma nova abordagem da intervenção precoce centrada na família (Pereira & Serrano, 2009).

A nível europeu, foi criado em 1989, durante a Conferencia Internacional de Rotterdam, um grupo de trabalho composto por peritos e representantes de associações de pais de vários países da comunidade europeia – Eurllyaid (Cara-Linda, 2007). Este grupo de trabalho tem como principal objetivo estimular o desenvolvimento de uma política comum na Comunidade Europeia, contribuir para a melhoria da qualidade de vida de famílias e crianças com necessidades educativas especiais, estimular o desenvolvimento de programas de intervenção precoce através da partilha de boas práticas e da dinamização de investigações na área da intervenção precoce.

No seu primeiro manifesto em 1991, a Eurllyaid considerou que a IP deve apoiar crianças com desvios no desenvolvimento ou em risco, desde a sua deteção até ao ingresso na escolaridade obrigatória num processo que passa pela identificação, deteção, diagnóstico, educação e apoio (Pimentel, 2005). Dos estudos levados a cabo por esta organização ressaltam as grandes assimetrias na organização dos serviços nos vários países europeus.

No recente relatório elaborado “*Intervenção Precoce na Infância – Progressos e Desenvolvimentos 2005-2010*”, enaltece os esforços empreendidos e as mudanças positivas observadas nos países europeus, no que concerne aos cinco elementos-chave objetivados: disponibilidade, proximidade, viabilidade financeira, interdisciplinaridade e diversidade de serviços e coordenação.

2.2 Em Portugal

A Intervenção Precoce, entre nós, seguiu um percurso que desde muito cedo lhe deu uma relativa identidade e lhe emprestou uma fundamentação, que lhe permite ter hoje um estatuto próprio, diferenciado da educação especial vigente e com um futuro mais ou menos previsível.

(Bairrão, 2004 *cit. in* Mendes, 2010, p. 87)

Em Portugal, a intervenção precoce remonta à década de 60 com a criação do Serviço de Orientação Domiciliária (SOD) pelo Instituto de Assistência a Menores do Ministério da Saúde e Assistência, destinando-se a apoiar pais e crianças invisuais através de um modelo médico, associado aos serviços de saúde (Pimentel, 2005; Bairrão, 2006; Ruivo & Almeida, 2002). Em 1972 este serviço é extinto e a Orientação Domiciliária, numa equipa composta por educadores especializados, é assumida pelos Centros de Educação Especial da Secretaria de Estado da Segurança Social, mas só nos distritos de Lisboa e Porto. Mais tarde, em 1987, estas equipas são integradas na então Direção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica (DSOIP) do Ministério dos Assuntos Sociais, sendo compostas por profissionais de diferentes disciplinas numa abordagem interdisciplinar (Ruivo & Almeida, 2002).

Em 1973, surge a Divisão de Educação Especial no Ministério da Educação considerado o início do movimento de integração. No entanto, estas equipas não apoiavam crianças com menos de seis anos.

O 25 de Abril de 1974 representa um ponto de viragem no sistema de proteção social da criança, fazendo emergir algumas iniciativas no domínio da educação especial (Serrano & Boavida, 2011). Uma dessas iniciativas foi dos Centros de Paralisia Cerebral de Lisboa, desenvolvendo um programa para crianças com paralisia cerebral em idades precoces.

O Projeto de Águeda (1975/1976) foi considerado como a primeira experiência de conjugação de esforços dos sectores da saúde, educação e segurança social, que viria, mais tarde, a inspirar a base conceptual do Programa Integrado de Intervenção Precoce (PIIP) de Coimbra (Ruivo & Almeida, 2002).

A partir de meados dos anos 80 emerge uma nova etapa no domínio da Intervenção Precoce em Portugal, com base em experiências desenvolvidas pela DSOIP e pelo Projeto Águeda. Surge o Projeto Integrado de Intervenção Precoce (PIIP) de Coimbra, prestando apoio precoce especializado às crianças em situação de risco ou deficiência e suas famílias de acordo com o *Modelo Portage* (Ruivo & Almeida, 2002).

As orientações e opções experimentadas pelo PIIP de Coimbra, atual Associação Nacional de Intervenção Precoce (ANIP), vieram a dar lugar ao Despacho Conjunto 891/99 de 18/10, que norteou os projetos de intervenção precoce nacionais durante dez anos. Só em 2009, com a Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 de Outubro, é criado o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) que veio organizar as diferentes ações de Intervenção Precoce na Infância (IPI) em todo o território nacional.

2.3 Na Região Autónoma dos Açores

O Programa de Intervenção Precoce foi implementado na Região Autónoma dos Açores através da Portaria n.º66/99, de 19 de Agosto, que criou o Programa Cidadania com o objetivo de permitir a integração no sistema educativo das crianças e jovens sujeitos a escolaridade mínima obrigatória com necessidades educativas especiais.

A Intervenção Precoce era um dos subprogramas incluídos, considerando que a faixa etária dos 0 aos 3 anos não podia ser dissociada do sistema educativo formal, visando a estimulação global do desenvolvimento do recém-nascido.

O Decreto Legislativo Regional n.º15/2006/A, de 7 de Abril, estabelece o regime jurídico da educação especial na Região Autónoma dos Açores, com o objetivo de adequar o processo educativo às especificidades individuais da criança e jovem com necessidades educativas especiais ou com dificuldades de aprendizagem. No seu artigo 25º define claramente a Intervenção Precoce como um “conjunto de ações integradas de recolha e tratamento da informação e de prestação direta de apoio clínico, educativo e

de reabilitação, centradas na criança e na sua família, com o objetivo de detetar, prevenir e enquadrar eventuais incapacidades ou o risco de um atraso grave no desenvolvimento”.

Após 6 anos de vazio legislativo e a falta de regulamentação específica no âmbito da Intervenção Precoce, resultando na sua desvalorização pelas entidades e serviços com competências no âmbito da IP; e, apesar de tentativas de uniformização por parte de algumas ilhas, na divergência de atuação das várias equipas de Intervenção Precoce da RAA, eis que a 17 de Agosto de 2012, a Portaria n.º 89/2012 veio estabelecer os objetivos e as regras de organização e funcionamento da intervenção precoce na Região Autónoma dos Açores.

Acompanhando as tendências nacionais e internacionais, a recém criada portaria define claramente quais as crianças elegíveis – *“crianças desde a deteção das limitações, das incapacidades ou dos fatores de risco até ao ingresso na educação pré-escolar”* – o contexto de atuação – *“executada em regime de apoio domiciliário ou integrada no plano de atividades da creche ou estabelecimento similar que a criança frequenta”* – e o modelo de equipa – *“equipas técnicas transdisciplinares, compostas por profissionais das áreas da educação, da segurança social e da saúde, e por uma equipa de coordenação regional”* coordenadas por um médico, enfermeiro ou assistente social designado pela Unidade de Saúde de Ilha.

A portaria acrescenta ao modelo anterior a criação de uma equipa de coordenação regional nomeada por despacho conjunto dos membros do Governo Regional competentes em matéria de educação, segurança social e saúde com a seguinte composição: *a) um profissional com formação, experiência e reconhecido mérito na área da intervenção precoce, que preside; b) um representante da direção regional competente em matéria de educação; c) um representante da direção regional competente em matéria de segurança social; d) um representante da direção regional competente em matéria de saúde.* Das suas competências salientamos a capacidade para potenciar as ações e iniciativas dos Programas de IP a nível regional, desencadeando os mecanismos necessários para a dinamização do processo de intervenção, programando, supervisionando e avaliando o mesmo.

Às equipas técnicas incumbe a responsabilidade da programação da intervenção, competindo-lhes, nomeadamente:

- a) Elaborar o plano de atividades anual de atuação para a respetiva área geográfica de influência e remetê-lo para apreciação à equipa de coordenação regional, até ao dia 15 de dezembro de cada ano;
- b) Identificar as situações das crianças e famílias imediatamente elegíveis para apoio em intervenção precoce, em função da deteção, da referenciação e dos critérios definidos para o efeito;
- c) Assegurar a vigilância às crianças e famílias que, embora não imediatamente elegíveis, requerem avaliação periódica, devido à natureza dos seus fatores de risco e probabilidades de evolução;
- d) Encaminhar crianças e famílias não elegíveis, mas carenciadas de apoio social, para os competentes serviços;
- e) Organizar um Processo Individual por cada criança/família, o qual deve conter toda a informação prévia à elaboração do Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP) e suas reformulações, em função da avaliação, bem como toda a informação considerada pertinente;
- f) Elaborar, executar e avaliar o PIIP em função do diagnóstico da situação;
- g) Designar, de entre os seus membros, o responsável de caso e apoiá-lo na execução do PIIP;
- h) Identificar e articular com os recursos locais que possam constituir uma mais valia na Intervenção Precoce;
- i) Articular, sempre que se justifique, com as comissões de proteção de crianças e jovens, tribunal de família e menores, tribunal judicial e com os núcleos da ação de saúde de crianças e jovens em risco ou outras entidades com atividade na área da promoção e proteção infantil, bem como de apoio à família;
- j) Assegurar, para cada criança, processos de transição adequados para outros programas, serviços ou contextos educativos;
- k) Elaborar relatório anual da atividade desenvolvida e remetê-lo, para apreciação, à equipa de coordenação regional, até ao dia 15 de fevereiro de cada ano;
- l) Organizar reuniões com as famílias;
- m) Organizar informação para os pais;

- n) Organizar ações de sensibilização junto das escolas, jardins-de-infância e comunidade em geral sobre a intervenção precoce;
- o) Fazer o levantamento das necessidades de formação dos elementos da equipa e enviar proposta à equipa de coordenação regional. (artigo 8º, Portaria n.º89/2012)

A alínea f) acima designada faz referência ao Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP), documento onde deve constar a avaliação da criança no seu contexto familiar e a definição das medidas e ações a desenvolver de forma a assegurar um processo adequado de transição ou de complementaridade entre serviços e instituições.

Mais do que um documento, o PIIP é um processo escalonado de intervenção da responsabilidade da equipa técnica, do responsável de caso, da família e da comunidade conforme se procura evidenciar na figura 3.

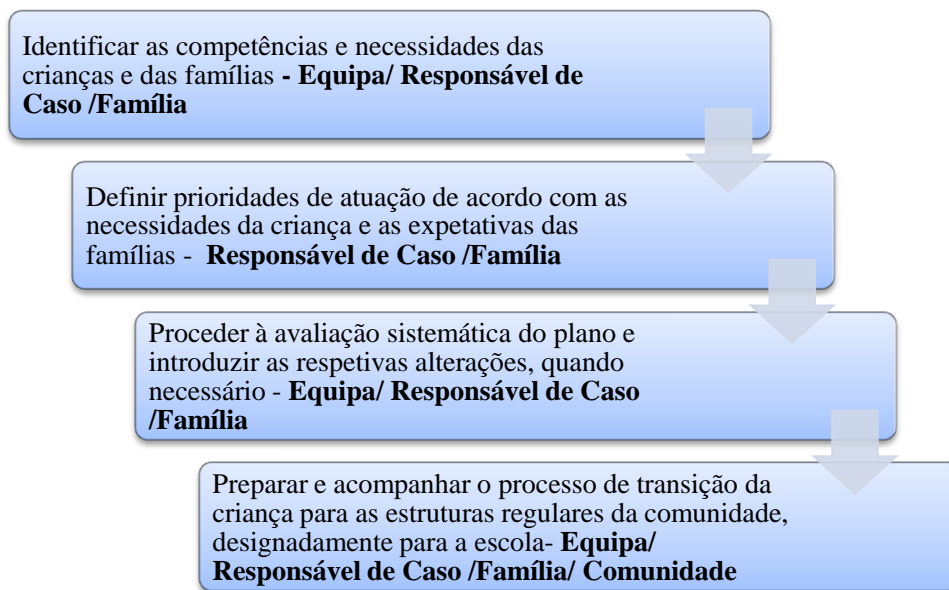


Figura 3 – Procedimentos na Avaliação, Execução e Implementação do PIIP

4. Risco, Proteção e Resiliência

A Ciência diz-nos que a infância é o período de maior oportunidade, mas também de maior risco, e que a sua influência se pode estender ao longo da vida.

(Shonkoff, 2010 *cit. in* Mendes, 2010, p. 39)

O conceito de risco é largamente utilizado com diferentes conotações nos diferentes âmbitos onde se enquadra. Foi referido inicialmente no campo médico procurando determinar os fatores responsáveis pela disfuncionalidade biológica (*continuum of*

reproductive casualty), com vista à sua deteção atempada para eliminação ou minoração das possíveis consequências negativas. (Xavier & Quelhas, 2004; Haggerty, Sherrod, Garnezy & Rutter, 1996 *cit. in* Martins, 2004).

Ao longo das últimas duas décadas, a progressiva tomada de consciência da dimensão e complexidade do conceito forçou à análise do risco para fora do campo meramente biológico para os domínios da psicologia e do social.

É nesta ótica que os investigadores Sameroff e Chandler (1975) alertam para a relevância de fatores não biológicos, como os cuidados prestados à criança e o seu meio envolvente, contrapondo o conceito de *continuum de caretaking casualty* (Martins, 2004; Pimentel, 2005; Xavier & Ferreira, 1999). Shonkoff (2009) enfatiza a influência que os fatores genéticos e ambientais, num trabalho contíguo e dinâmico, exercem no desenvolvimento infantil. Assim, o desenvolvimento da criança vai depender da saúde e bem-estar dos seus pais e outros prestadores de cuidados regulares, sendo estes considerados os principais “ingredientes” da influência ambiental no desenvolvimento.

Para Bairrão e Felgueiras (1978), a identificação dos fatores de risco assenta numa lógica prognóstica e antecipatória do desenvolvimento futuro. Também na ótica de Xavier e Ferreira (1999), falar de risco implica falar de desenvolvimento e de adaptação, e, presentemente, do interesse na ação preventiva. Daí a necessidade de identificação precoce do risco potencial e da intervenção para evitar implicações negativas futuras.

Assim os autores consideram “em risco” as crianças cujo desenvolvimento se encontra ameaçado. O risco aqui apresentado incorpora duas categorias principais: o risco biológico e o risco ambiental, já anteriormente referidos neste trabalho. É de salientar que nem sempre é possível dissociar estas duas formas de risco dado a existência de múltiplos fatores risco, denominado Risco Agregado. Haggerty *et alii* (1996) citados por Martins (2004), referem a evolução das situações ditas de risco biológico em função da sua associação a outro tipo de fatores como os de cariz psicossocial –

“(…) condições de risco ou vulnerabilidade como a prematuridade, má alimentação, baixo peso ao nascer, lesão cerebral e deficiências físicas, muitas vezes surgem ligadas a uma variedade de fatores psicossociais como a desvantagem socioeconómica de muitas crianças em risco, cujas mães são novas, solteiras, pobres, ou que provêm de famílias desorganizadas ou rurais.”
(Martins, 2004, p. 24)

Genericamente, os fatores de risco englobam características intrafamiliares e extrafamiliares que depauperam e enviesam o conjunto das experiências dos indivíduos, debilitando o desenvolvimento das suas competências (Dunst, 1995 *cit. in* Martins, 2004). Esses fatores encontram-se associados a:

- a uma maior probabilidade de aparecimento de perturbações, desordens, estados deficitários ou de doença,
- a uma maior severidade dos problemas,
- a uma duração acrescida dos problemas ou maior frequência dos episódios disfuncionais.

Adotando uma perspetiva ecológica do risco desenvolvimental, Garbarino e Ganzel (2000) relembram que este resulta da interação do biológico com a sociedade, das características que a criança traz consigo quando nasce e o modo como a sociedade a acolhe e a trata (*nature versus nurture*). Baseando-se no trabalho de Bronfenbrenner, chamam a atenção para os riscos e oportunidades que podem surgir nos diferentes níveis ou sistemas.

No microsistema, como conceito mais imediato no desenvolvimento da criança, o risco pode surgir nas relações de abuso, negligência, na deficiência de recursos ou no stress induzido pelas mudanças familiares. O mesossistema corresponde à relação entre dois ou mais cenários de vida das crianças (p.e. a casa que habita e o hospital no caso de uma criança com doença crónica). O número e a qualidade dessas relações correspondem a fatores de oportunidade de desenvolvimento para as crianças, no seu oposto a ausência dessas relações, por exemplo por conflitos de valores, correspondem ao risco. No exossistema encontramos duas vertentes para risco e oportunidade: quando os pais são tratados de uma forma que empobrece (risco) ou melhora (oportunidade) o seu comportamento ao nível do microsistema (p.e. no lado dos riscos podemos encontrar o desemprego, baixa remuneração, horários demasiado longos ou inflexíveis, viagens em trabalho; como oportunidades podem surgir remunerações adequadas, horários flexíveis, subsídios para cuidados infantis); na outra vertente encontramos orientações ou decisões tomadas neste sistema que vão afetar o dia-a-dia da criança (p.e. quando o departamento governamental suspende os fundos para os programas de IP, prejudicando o desenvolvimento das crianças). O macrosistema é o nível mais abrangente representando-se em todos os outros sistemas. Os riscos ou oportunidades aqui

representados, como ideologias ou valores culturais, vão influenciar as relações a nível do micro, meso e exossistema.

Este modelo de risco desenvolvimental defende que quase todas as crianças têm que enfrentar riscos, no entanto é o somatório (risco cumulativo) e a persistência destes riscos que vão prejudicar o seu desenvolvimento se não existirem compensações educativas (Garbarino & Abramowitz, 1992 *cit. in* Xavier & Ferreira 1999; Fraser, Richman & Galinsky, 2001 *cit. in* Ribeiro & Sani, 2009). Por outro lado, é necessário considerar a existência de indivíduos que apesar de uma infância atribulada com exposição a circunstâncias de vida adversas, adquirem boas competências enquanto adultos sendo considerados indivíduos resilientes.

Richman e Fraser (2001, *cit. in* Ribeiro & Sani, 2009) assumem que o risco define-se “*pela presença de um ou mais fatores ou influências que aumentam a probabilidade de um resultado negativo para a criança ou jovem*” (p. 402).

Falar de fatores de risco implica referir os fatores de proteção, enquanto duas pontas extremas do mesmo fio. Rutter (1985, *cit. in* Koller & Polleto, 2008, p. 409), define fatores de proteção como “*influências que modificam, melhoram ou alteram respostas pessoais a determinados riscos de desadaptação*”, entendidos como processos dinâmicos onde a interação de diferentes fatores produzem um fortalecimento do indivíduo.

Os fatores de proteção podem ser categorizados em 3 conjuntos de variáveis (Masten & Garnezy, 1985 *cit. in* Koller & Poletto, 2008; Haggerty, Sherrod, Garnezy & Rutter, 1996 *cit. in* Martins, 2004):

- a) Atributos disposicionais das pessoas, tais como autonomia, autoestima, bem-estar subjetivo e orientação social positiva, além de competência emocional, representação mental de afeto positivo e inteligência;
- b) Rede de apoio social, com recursos individuais e institucionais, que encoraje e reforce a pessoa a lidar com as circunstâncias da vida; e
- c) Coesão familiar, ausência de negligência e possibilidade de administrar conflitos, com a presença de pelo menos um adulto com grande interesse pela criança, e presença de laços afetivos no sistema familiar e/ou em outros contextos que ofereçam suporte emocional em momentos de stress.

Tal como os fatores de risco, também os fatores de proteção tendem a estar associados. Rutter (1990), citado por Martins (2004), identifica quatro funções associadas aos fatores de proteção: (i) a redução ou neutralização do impacto negativo do risco, (ii) a redução da cadeia de reações negativas, (iii) o estabelecimento e manutenção da autoestima e autoeficácia e (iv) a abertura de novas possibilidades de desenvolvimento pessoal.

Benard (1993, p.44) define resiliência como “(...) *the ability to bounce back successfully despite exposure to severe risk (...)*.” A criança resiliente é aquela que “(...) *Works well, plays well, loves well, and expects well (...)*”. O autor apresenta um conjunto de fatores de proteção individuais, familiares e comunitários encontrados nas crianças resilientes.

FACTORES DE PROTECÇÃO		
INDIVIDUAIS	FAMILIARES	COMUNITÁRIOS
<ul style="list-style-type: none">• Temperamento positivo – atividade, afetividade e responsividade par com as outras pessoas;• Competência Social – empatia, competências de comunicação e sentido de humor;• Capacidade de Resolução de Problemas – capacidade de utilização efetiva dos recursos disponíveis, planeamento e negociação;• Autonomia e autoconfiança – sentido de identidade própria e independência;• Iniciativa – tendência para iniciar as atividades/jogo e desejo de inovar;• Habilidades de Autorregulação – estabelecimento de metas próprias;• Ter objetivos, aspirações futuras positivas.	<ul style="list-style-type: none">• Relações afetuosas e forte apego aos pais, familiares e outros cuidadores;• Elevadas expectativas parentais para com o futuro dos filhos;• Ênfase na autonomia com apoio emocional da figura de vinculação (meninas),• Estrutura e regras em casa (meninos)• Partilha das atividades domésticas• Sentimento de fé – crença que a adversidade pode ser ultrapassada.	<ul style="list-style-type: none">• Atmosfera Educativa afetiva e responsiva;• Fortes Redes sociais de apoio;• Oportunidades para a participação social e económica dos seus membros;• Presença de recursos de saúde, de apoio à infância, de emprego, de educação e de recreio.• Normas comunitárias que valorizam a infância;

Quadro 1 – Fatores protetores no indivíduo, família e na comunidade (adaptado de Braverman *e al.*, 1994; Benard, 1993).

A resiliência é entendida como adaptação positiva do individuo apesar da adversidade (Pereira & Santos, 2011), ou seja, o sucesso na adaptação apesar das ameaças feitas ao seu desenvolvimento (O’Dougherty Wright & Masten, 2005, *cit. in* Pereira & Santos, 2011).

O'Dougherty Wright e Masten (2005) referem que os fatores de proteção têm uma função moderadora no impacto da adversidade e na adaptação do indivíduo.

5. Do Risco ao Perigo: concertação de uma intervenção com crianças e famílias

Como já referimos, o conceito de risco surge intimamente associado ao desenvolvimento da criança ou indivíduo. Fonseca (2004) acrescenta uma dimensão temporal à noção de risco. O indivíduo em risco é aquele que ainda não atingiu ou desenvolveu uma condição indesejada, mas apresenta maior probabilidade de atingir no futuro, quando comparado com o grupo a que pertence (Reis, 2009).

No seguimento do seu pensamento, o conceito de “perigo” traduz a eminência de concretização de uma ameaça à integridade humana. Estamos a falar então de um contínuo, onde o conceito de risco e perigo fazem parte de uma mesma dimensão, esta desenvolvimental. A dificuldade subsiste em identificar a fronteira entre ambos, isto é, o momento ou a partir de que limiar, se pode dizer que se está em risco ou em perigo.

De acordo com a legislação portuguesa, a definição de criança (menor de 18 anos) em situação de perigo pode ser encontrada no art.3º, do ponto 2, da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º147/99 de 1 de Setembro), quando se lê:

Considera-se que a criança ou o jovem está em perigo quando, designadamente, se encontra numa das seguintes situações: *a)* Está abandonada ou vive entregue a si própria; *b)* Sofre maus tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais; *c)* Não recebe os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal; *d)* É obrigada a actividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento; *e)* Está sujeita, de forma directa ou indirecta, a comportamentos que afectem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional; *f)* Assume comportamentos ou se entrega a actividades ou consumos que afectem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhes oponham de modo adequado a remover essa situação.

Na definição não são apresentados fatores de risco ou proteção associados à criança ou família mas sim o tipo de situações que revestem carater de perigo.

Reconhecendo o carácter subjetivo associado aos conceitos de “risco” e de “perigo” e que carecem de uma maior precisão na sua definição, consideramos igualmente

importante analisar a intervenção das diferentes entidades legitimadas para atuar no âmbito do risco e do perigo.

A Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, menciona que a proteção das crianças e jovens deve estar sujeita a uma atuação articulada e feita sucessivamente pelas entidades em matéria de infância e juventude, pelas comissões de proteção de crianças e jovens e, em última instância, pelos tribunais. Através de um princípio de subsidiariedade estabelece três níveis de atuação:

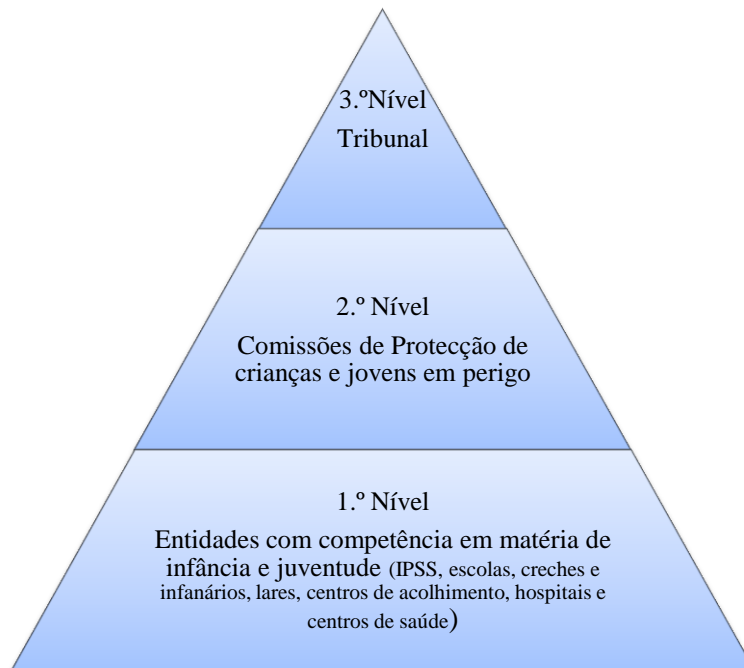


Figura 4 – Princípio de Subsidiariedade (alínea j) do art.º 4º da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo)

Mais importante do que a intervenção no perigo é, segundo Reis (2009), a intervenção na prevenção das situações de perigo.

Peltola e Testro (2007, *cit. in* Pereira & Santos, 2011), enquadram a prevenção do perigo em três níveis: *a) prevenção primária* (promoção) que tem como alvo a totalidade da população; *b) prevenção secundária* (prevenção) que tem como alvo subpopulações específicas que se encontram em risco; e *c) prevenção terciária* (proteção) que se destina às situações em que já ocorreu a situação de perigo e em que se pretende reduzir o dano e prevenir a sua incidência.

Este contínuo promoção-prevenção-proteção reflete três níveis de prevenção e enquadram-se em políticas e programas específicos.

Intervenção Precoce na Infância:
Uma Abordagem ao Risco Ambiental na Região Autónoma dos Açores

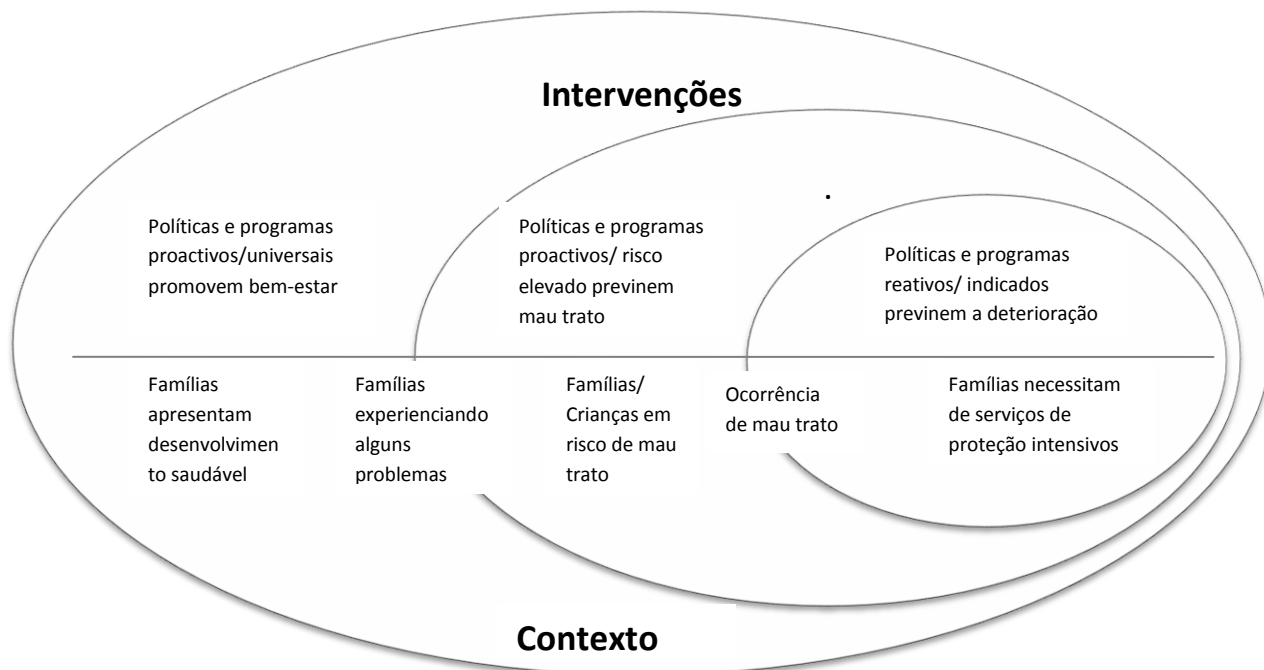


Figura 4 - O contínuo de promoção-prevenção-proteção (traduzido de Prilleltensky *et al*, 2001 *cit. in* Pereira & Santos, 2011)

A intervenção reiterada e regulamentada pela Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo reporta-se a um nível de prevenção terciária onde a intervenção das diferentes entidades é legitimada pela identificação do perigo para a criança ou jovem (Pereira & Santos, 2011).

Por sua vez, consideramos que os Programas de Intervenção Precoce encontram o seu principal campo de atuação dentro das políticas e programas proactivos destinados a prevenir as situações de perigo ou maus tratos, e abrangendo desde as famílias que experienciam alguns problemas, até a uma atuação onde já ocorreu alguma forma de mau trato na criança.

Numa sistematização das abordagens preventivas em diferentes áreas de intervenção social, Reis (2009) considera três níveis de intervenções aplicadas à problemática da criança em risco: *primário, secundário e terciário* - e definiu-as do seguinte modo:

Prevenção Primária – qualquer atuação que procure alterar ou modificar uma ampla estrutura social, evitar situações de pobreza ou marginalização, alterar as atitudes face ao castigo, modificar a perceção social da infância, aumentar os recursos de âmbito social, melhorar os cuidados de saúde pública ou hospitalares.

Prevenção secundária – qualquer programa ou atuação destinado a um indivíduo ou grupo de indivíduos que tenham sido identificados como pertencentes a ambientes de alto risco, com o objetivo de evitar que surjam circunstâncias psicossociais, familiares e/ou individuais que conduzam a que determinadas crianças tenham maiores probabilidades de vir a ser vítimas de maus tratos do que a restante população.

Prevenção terciária – qualquer programa encetado após serem conhecidos os atos e/ou omissões de maus tratos, negligência ou abuso, com o objetivo de evitar a cronicidade da situação e reparar as consequências negativas dos mesmos.

Nesta perspetiva podemos afirmar que os atuais programas de IP atuam também numa lógica de prevenção terciária, conforme se pode constatar na Portaria n.º89/2012 que estabelece que as equipas técnicas de IP, no âmbito do processo individual da criança devem articular, sempre que se justifique, com as comissões de proteção de crianças e jovens, tribunal de família e menores, tribunal judicial e com os núcleos da ação de saúde de crianças e jovens em risco ou outras entidades com atividade na área da promoção e proteção infantil (alínea i) do art.º 8º da Portaria n.º89/2012 de 17 de Agosto).

6. Avaliação dos Fatores de Risco

A avaliação é um processo fundamental da atividade dos profissionais que intervêm junto de famílias com crianças em situação de risco e perigo. Se a decisão da intervenção com a criança em situação de risco é particularmente difícil, a avaliação do risco não é menor, sendo igualmente complexa.

A literatura mostra uma crescente preocupação com a avaliação do risco e do perigo na infância (Canhão, 2007), associada à necessidade de construir referenciais teórico-metodológicos comuns aos diferentes profissionais que intervêm junto das crianças em risco e/ou perigo.

A Framework for the Assessment of Children in Need and their Families é um modelo ecológico de avaliação e intervenção nas situações de risco e de perigo na infância desenvolvido pelo governo inglês com uma base teórica, empírica e prática, com o

objetivo de proporcionar uma linguagem comum às diferentes entidades e profissionais envolvidos na promoção e proteção de crianças.

Neste modelo de avaliação estão descritos três níveis de sistemas, cada um deles com várias dimensões associadas. Numa perspetiva desenvolvimentista, ecológica e sistémica (Patricio & Calheros, 2011), encara o desenvolvimento humano como o resultado das interações do individuo com os seus múltiplos sistemas à semelhança da teoria ecológica de Brofenbrenner (1979).



Figura 5 – Modelo de Avaliação de Crianças em Risco/Perigo (cit. in Department of Helth, 2000. Traduzido por Patrício & Calheiros, 2011)

O modelo pressupõe uma abordagem interinstitucional e interdisciplinar na avaliação das situações de risco e perigo na infância. O diagnóstico das situações e a posterior intervenção deverá refletir sobre os três sistemas associados à proteção e bem-estar da criança - as necessidades desenvolvimentais da criança, as competências parentais e fatores familiares e ambientais - de acordo com o seguinte quadro operativo:

**Intervenção Precoce na Infância:
Uma Abordagem ao Risco Ambiental na Região Autónoma dos Açores**

NECESSIDADES DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA	
SAÚDE	Saúde física e mental: crescimento, desenvolvimento, fatores genéticos, deficiências, cuidados médicos, alimentação, exercício físico, aconselhamento e informação sobre educação sexual e substâncias aditivas.
EDUCAÇÃO	Desenvolvimento cognitivo da criança desde o seu nascimento: oportunidades da criança brincar e interagir com outras crianças, acesso a livros, desenvolvimento de habilidades e interesses, sucesso escolar.
DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL E COMPORTAMENTAL	Qualidade da vinculação afetiva: sentimentos e ações apropriadas por parte da criança aos pais, família alargada e outros; comportamento adequado; adaptação à mudança; respostas adequadas a situações de stress, capacidade de auto controlo.
IDENTIDADE	Auto-imagem da criança como um ser individual e valorizado pelos outros, auto-estima positiva (etnia, religião, idade, sexo, sexualidade, deficiência). Sentimento de pertença e aceitação por parte da família, grupo de pares, comunidade e sociedade em geral.
RELACIONAMENTO FAMILIAR E SOCIAL	Desenvolvimento de empatia e capacidade de se colocar na situação do outro. Relação estável e afetiva com os pais, com os irmãos, amigos ou outras pessoas significativas na vida da criança.
APRESENTAÇÃO SOCIAL	Vestuário apropriado para a idade, género, cultura e religião e higiene pessoal e o reconhecimento destes aspetos por parte da criança.
CAPACIDADE E AUTONOMIA	Aquisição por parte da criança de competências práticas, emocionais e comunicativas que contribuem para independência gradual da criança.
COMPETÊNCIAS PARENTAIS	
CUIDADOS BÁSICOS	Satisfação das necessidades físicas da criança (alimentação, vestuário, higiene, saúde, conforto)
SEGURANÇA	Proteção contra perigos dentro de casa e noutros locais, proteção contra adultos ou outras crianças que possam colocar a criança em perigo; proteção de comportamentos autodestrutivos.
AFETIVIDADE	Satisfação das necessidades emocionais e afetivas da criança: promoção de relações seguras, estáveis e afetuosas com a criança, prestando especial atenção às suas necessidades emocionais; contato físico apropriado.
ESTIMULAÇÃO	Intelectual e cognitiva através da promoção de oportunidades sociais e educacionais através de: interação e comunicação com a criança, realização de jogos e brincadeiras, promoção das oportunidades educacionais.
ESTABELECIMENTO DE REGRAS E LIMITES	Disciplina apropriada e supervisão da criança. Pais como figuras de referência no que diz respeito a valores sociais e humanos.
ESTABILIDADE	Ambiente familiar estável de modo a que a criança desenvolva uma vinculação afetiva segura e positiva com os seus principais cuidadores. Promoção do contato da criança com familiares e outras pessoas significativas na sua vida.
FATORES FAMILIARES E AMBIENTAIS	
HISTÓRIA E FUNCIONAMENTO FAMILIAR	Inclui fatores genéticos e psicossociais; funcionamento e composição do agregado familiar; Infância dos pais; acontecimentos familiares significativos; potencialidades e dificuldades dos pais; relacionamento entre pais separados.
FAMÍLIA ALARGADA	Quem são, papel, qualidade e importância para a família nuclear e para a criança. História da infância da família alargada.
CONDIÇÕES HABITACIONAIS	Adequada às necessidades da criança e sua família: tipo de habitação, estado de conservação, condições sanitárias e de higiene, alojamento da criança, adequada proteção contra perigos dentro e fora de casa.
SITUAÇÃO PROFISSIONAL	Situação profissional dos elementos do agregado familiar e avaliação do respetivo impacto na criança e no relacionamento dos pais com esta.
RENDIMENTO FAMILIAR	Suficiente e adequado para responder às necessidades da família e da criança. Modo como os recursos económicos são utilizados pela família e respetivo impacto na criança.
INTEGRAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA	Avaliação das redes de vizinhança e apoio comunitário. Grau de integração ou isolamento da família e respetivo impacto na criança e na família.
RECURSOS COMUNITÁRIOS	Existência e acesso a serviços universais e/ou de base discricionária nas áreas da saúde, educação, habitação, emprego, lazer, etc.

Quadro 2 – Framework for the Assessment of Children in Need and their Families, Department of Health (2000, *cit. in* Canhão, 2007) Modelo Ecológico de Avaliação e Intervenção nas Situações de Risco e de Perigo na Infância

Um instrumento que procura avaliar a qualidade do ambiente familiar é o *Home Observation for Measurement of the Environment Inventory* - Escala de Avaliação do Ambiente Familiar (Caldwell & Bradley, 2001).

O Inventário HOME surgiu na década de 60 e procura avaliar a qualidade do ambiente familiar, adotando como referência o ponto de vista da criança (Bradley, 1993 *cit. in* Ferreira & Abreu-Lima 2010). De acordo com Ferreira & Abreu-Lima (2010) este inventário tem sido alvo de grande utilização, tanto a nível internacional (Bradley, Caldwell & Rock, 1988; Bradley, 1993; Bradley & Corwyn, 2005; Caldwell & Bradley, 2003; Gottfried & Gottfried, 1984; Palacios, Lera & Moreno, 1994; Totsika & Sylva, 2004), como no contexto português (Abreu-Lima, 2003; 2005; Abreu-Lima & Cruz, 2003; Cruz, 2006; 2008).

O Inventário contém quatro componentes que representam os vetores principais da filosofia que orientou o desenvolvimento deste instrumento: visita pessoal à casa (*home*) da criança, uma preferência pela observação (*observation*) como meio de obter informação, um compromisso com a qualidade da medida (*measurement*) e o reconhecimento da importância do ambiente (*environment*) para o desenvolvimento da criança (Caldwell & Bradley, 2001).

Existem atualmente quatro versões da escala, que cobrem as idades dos 0 aos 3 anos, dos 3 aos 6 anos dos 6 aos 10 anos e uma versão para pré-adolescentes dos 10 aos 15 anos. Algumas dimensões são comuns às quatro versões, como acontece por exemplo com os itens que avaliam a responsividade dos pais, a quantidade e variedade de materiais para aprendizagem, o recurso a estratégias disciplinares punitivas (ou aceitação) e a variedade das experiências de aprendizagem/estimulação providenciadas. Cada versão contém também itens considerados particularmente relevantes para o período de desenvolvimento a que se refere (Bradley, 1999 *cit. in* Abreu-Lima, 2003).

Há cerca de 25 anos que as diferentes versões do inventário HOME têm sido utilizadas por investigadores e trabalhadores sociais de todo o mundo como medida da qualidade do ambiente familiar e relacionadas com diversas áreas do desenvolvimento infantil. Bradley (1990), citado por Abreu-Lima (2003), efetuou uma compilação destes trabalhos incluindo mais de 250 investigações permanecendo a ideia da sua aceitação pelos investigadores da área.

Menaghan e Parcel (1991), citados por Abreu-Lima (2003), consideram que um ambiente é positivo quando possibilita à criança estimulação e experiências cognitivas adequadas à idade, colocando-a em vantagem relativamente a outras crianças que não

dispõem dessas experiências (estimulação cognitiva); quando proporciona apoio emocional à criança, contribuindo para promover o seu desenvolvimento, na medida em que o encorajamento e o apoio face aos esforços de aprendizagem da criança poderão ser um fator crítico para que a criança tire o máximo de partido dos recursos existentes no meio (apoio emocional); e quando existe um esforço por parte dos pais para organizar e estruturar o meio físico próximo, imprimindo regularidade, coerência e constância às experiências do dia-a-dia (ambiente físico). Estas três dimensões, com impacto no desenvolvimento da criança, constituem variáveis *proximais* e deverão constituir alvos de avaliação de qualquer instrumento vocacionado para a apreciação da qualidade do ambiente em casa.

7. Uma Abordagem Conceptual para Intervenção Precoce com base no Risco

Reconhecendo o papel central da família e das relações, Guralnick (2011) apresenta uma abordagem ao desenvolvimento pretendendo compreender os mecanismos envolvidos na promoção do desenvolvimento de crianças e famílias vulneráveis, no contexto dos serviços de intervenção precoce. Neste modelo conceptual, que designa por *Modelo de Sistemas Desenvolvemental*, relaciona os numerosos fatores que podem atenuar ou exacerbar o stress ou pressão associados ao risco (Guralnick, 1998), estabelecendo três níveis inter-relacionados: (i) *nível de desenvolvimento da criança*, (ii) *nível dos padrões de interacção familiares*, e (iii) *nível dos recursos familiares*.

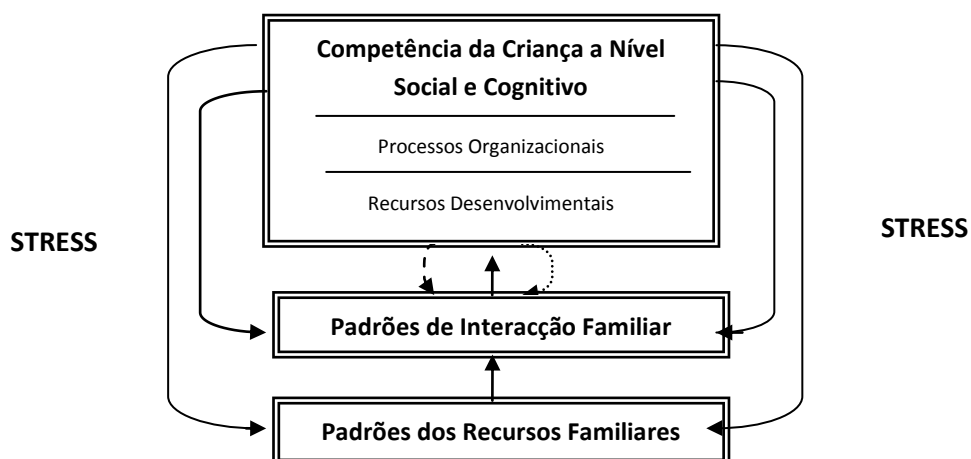


Figura 6 - Níveis do Modelo de Sistemas Desenvolvemental (adaptado de Guralnick, 2011)

(i) nível de desenvolvimento da criança

O desenvolvimento da criança é conceptualizado neste modelo como os crescentes ganhos de competência social e cognitiva da criança, estando estes dependentes de

processos organizacionais que se desenvolvem rapidamente na primeira infância, e dos recursos desenvolvimentais. Ambos exibem as diferenças individuais de cada criança e podem-se configurar como fatores de risco ou fatores protetores capazes de influenciar, negativa ou positivamente, a competência social e cognitiva da criança.

(ii) nível dos padrões de interação familiar

Os padrões de interação familiares dividem-se em três grupos: *qualidade das transações entre pais e filhos*, interações afetivamente calorosas e não intrusivas, sensibilidade e reciprocidade; *experiências proporcionadas pela família*, disponibilizando um ambiente estimulador com materiais, brinquedos e jogos adequados, bem como o envolvimento em atividades na comunidade consistentes com as suas necessidades e interesses; e as *condições de saúde e de segurança* proporcionadas pela família à criança, que podem ir desde os cuidados com a alimentação, à vacinação ou à proteção contra eventuais perigos. A evidência tem vindo a demonstrar que características adversas na família podem perturbar os padrões de interação familiares, influenciando negativamente os *outcomes* da criança.

(iii) nível dos recursos familiares.

Inclui recursos inerentes aos próprios pais da criança (saúde física e mental, habilidades intelectuais e atitudes face à criança), recursos materiais e financeiros e sociais.

Os efeitos do stress/fatores de pressão nas famílias em risco envolvental, devido à sua magnitude, cronicidade e perseverança, colocam um grande desafio aos serviços de intervenção precoce (Guralnick, 1998). Na acumulação dos problemas encontrados nestas famílias contam-se toxicodependências, a transmissão intergeracional de padrões parentais desadequados, ambientes violentos, pobreza, onde os stressores residem primordialmente nas características da própria família.

As crianças com risco estabelecido ou risco biológico são elas próprias, mediante o diagnóstico atribuído, potenciais fatores de stress ou pressão familiar, uma vez que implicam sofrimento familiar, necessidades de informação e, conseqüentemente, necessidades adicionais de outros recursos, bem como ameaças à confiança das suas capacidades individuais (Guralnick, 1998).

Intervenção Precoce na Infância:
Uma Abordagem ao Risco Ambiental na Região Autónoma dos Açores

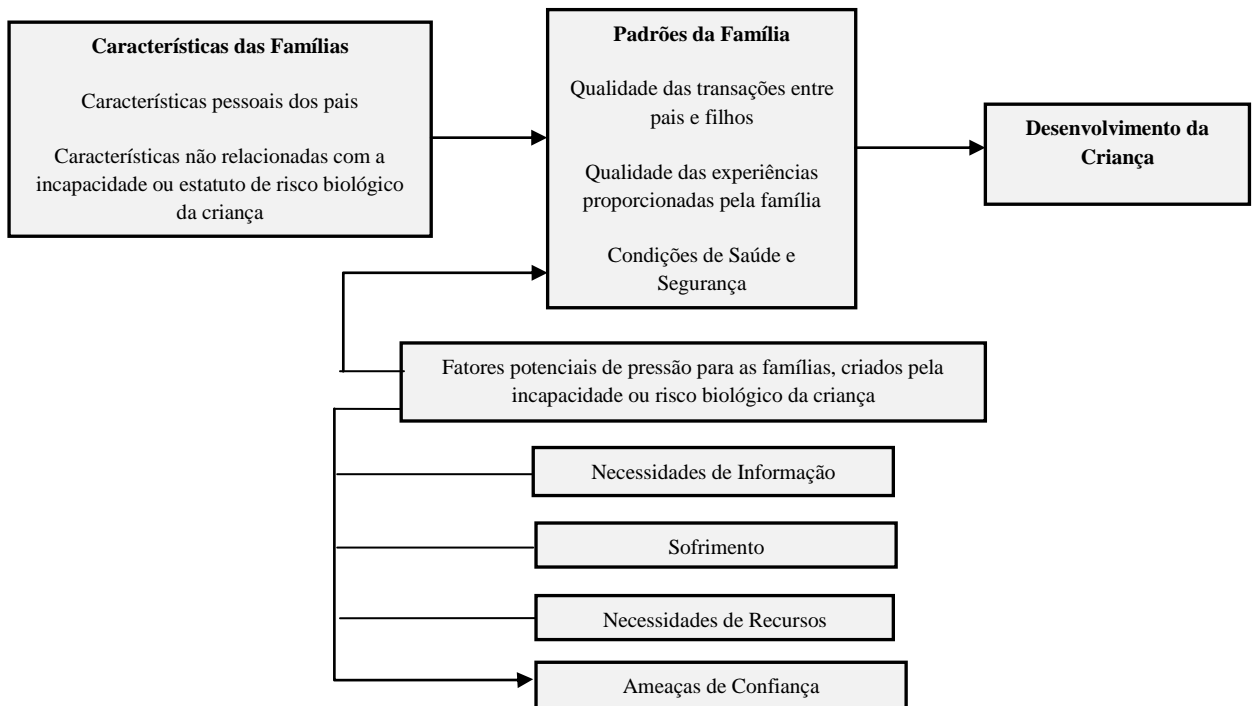


Figura 8 – Fatores que influenciam o desenvolvimento das crianças (adaptado de Guralnick, 1998 *cit. in* Carvalho, 2011)

Desta forma qualquer sistema de IP deverá prover o acesso a recursos de apoio, apoios sociais e informação, procurando minimizar as ameaças à capacidade da família atender às necessidades dos seus filhos.

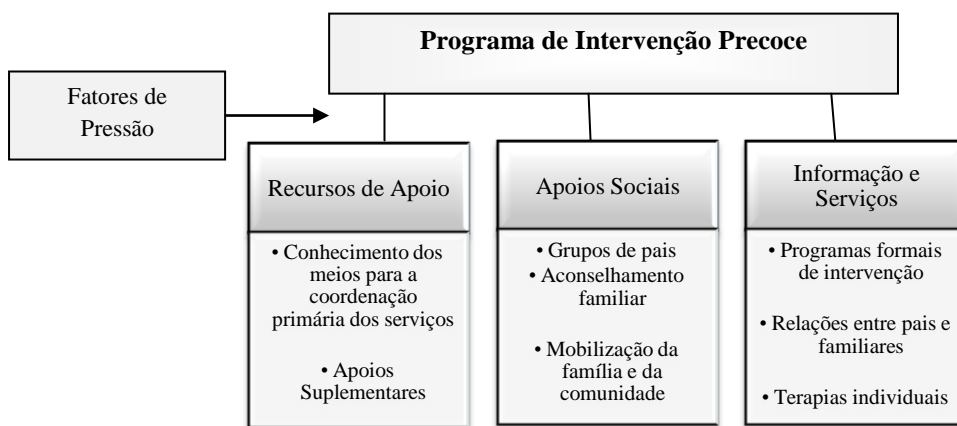


Figura 9 - Os Programas de Intervenção Precoce como resposta às fontes de pressão (adaptado de Guralnick, 1998 *cit. in* Carvalho, 2011)

Este modelo de desenvolvimento procura demonstrar a efetividade dos programas de intervenção precoce, depositando a ênfase na centralidade da família e nas relações enquanto promotoras do desenvolvimento; da interação dos fatores de risco e fatores de proteção nos três níveis apontados.

Capítulo II – Estudo Empírico

1. Problemática

1.1 *Objetos de Estudo e Questões da Investigação*

Na revisão da literatura efetuada foi possível identificar e analisar alguns estudos que indicam que o desenvolvimento da criança depende do contexto familiar onde a criança está inserida. Guralnick (2011) acrescenta que os “*outcomes*” que a criança alcança dependem dos padrões de interação familiar, onde se incluem a qualidade das interações familiares, as experiências proporcionadas pela família, bem como aspetos relacionados com os cuidados básicos saúde e segurança.

A investigação aponta que:

1. Dentro do grupo das "crianças em risco", o subgrupo que tem merecido menos atenção, no sentido da sua identificação precoce e consequente elegibilidade para os serviços de Intervenção Precoce, é o das crianças que se encontram em "risco ambiental" (Nóbrega, 1998).
2. As crianças de risco ambiental, apesar de não apresentarem qualquer problema físico e/ou biológico que comprometa o desenvolvimento, apresentam atrasos significativos ao fim de um ano de vida numa ou mais áreas do desenvolvimento, quando não beneficiam de serviços de apoio de IP (Werner, 1985; Sameroff, Sefer, Barocas, Zax & Greenspan, 1987; Garbarino, 1982; Dunst; 1994, 1995 *cit. in* Serrano, 2009; Guralnick, 1998).
3. O acumulo dos riscos biológico e ambiental produz um nível de vulnerabilidade invulgarmente alto (Escalona, 1982, Parker *et al.*, 1988, Shonkoff, 1982, *cit. in*, Tegethof, 2007).
4. A pobreza é o fator de risco que surge frequentemente associado a outros fatores, de que são exemplo, o baixo peso ao nascer, a probabilidade de gravidez na adolescência, da incidência de SIDA, da violência e da negligência e abuso da criança (Richmond & Ayoub, 1993 *cit. in* Tegethof, 2007).
5. Os cuidados pré-natais e vigilância da saúde e do desenvolvimento das crianças, tendem a ser mais deficientes nas populações de risco ambiental, contribuindo

para o aumento de situações de atraso de desenvolvimento das crianças (Shonkoff & Phillips, 2000), com reflexo no percurso escolar das mesmas.

6. A IP pode contribuir para a minimização dos efeitos adversos que os fatores de risco podem exercer no desenvolvimento (Dunst, 2004; Guralnick, 2004; Snyder, 2006 *cit. in* Mendes, 2010; Landry, Smith, Swank & Guttentag, 2008, Love e tal., 2005. Ludwig & Phillips, 2008 *cit. in* Guralnick, 2011)

Em Portugal, Albuquerque *et alii.* (2001), com o objetivo de caracterizar o desempenho de um grupo de crianças em idade pré-escolar em risco ambiental, tomando como comparação um grupo de crianças provenientes de famílias com estatuto sócio económico idêntico, aferiram que o desempenho médio das crianças com risco ambiental é sistematicamente inferior ao das crianças provenientes do mesmo estatuto socioeconómico desfavorecido. Consideram, desta forma, que o desenvolvimento está mais associado aos fatores de risco das crianças do que propriamente ao estrato social destas.

Ainda no que se refere ao risco ambiental, parece existir uma multiplicidade de técnicos, de serviços e de modelos de intervenção diferentes, por vezes mesmo antagónicos, no âmbito de outros programas, nomeadamente, as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens. A sobreposição de ações desarticuladas tem como consequência direta, para além do consumo desnecessário de meios e recursos, o prejuízo no desenvolvimento das crianças e na capacitação e fortalecimento das famílias (Tegethof, 2007).

O presente estudo pretende, ainda que modestamente, avaliar a qualidade dos padrões de interação familiar nas crianças identificadas com risco ambiental, apoiadas no âmbito dos Serviços de Intervenção Precoce na Região Autónoma dos Açores. No sentido de clarificar esta finalidade, e tendo por base a revisão da literatura, bem como a experiência profissional na área, definiram-se como objetivos da investigação:

1. Conhecer os atuais programas de IPI da RAA e possibilitar uma maior articulação/ comunicação entre os serviços coordenadores.
2. Descrever como são sinalizadas as situações de risco ambiental (critérios de elegibilidade), quem efetua essa sinalização, como e quando é feita; Que encaminhamento e plano de intervenção;

3. Identificar os principais fatores de risco ambiental nas crianças apoiadas pelos programas de IPI da RAA (fatores de risco parentais e fatores de risco contextuais).
4. Avaliar os padrões de interação familiares (*qualidade das transações entre pais e filhos, experiências proporcionadas pela família e as condições de saúde e de segurança*) de acordo com o modelo proposto por Guralnick (2011).

A formulação das questões do presente estudo remete-nos para a descoberta e compreensão de um fenómeno social, relativamente recente, respeitante à Intervenção Precoce. Deste modo, as questões geradoras do presente estudo são:

1. Quais os Critérios de elegibilidade adotados pelas várias equipas de Intervenção Precoce da RAA?
2. Quais os fatores de risco ambientais com maior prevalência nas crianças apoiadas no âmbito dos Programas de Intervenção Precoce dos Açores?
3. Qual a relação entre os fatores de risco ambientais e os padrões de interação familiares?
4. Que importância é atribuída pelos atuais Programas de Intervenção Precoce aos fatores de risco ambientais?

À luz do que nos indica Guerra (2000, p. 45), “*é preciso interrogarmo-nos sobre o conhecimento pelo conhecimento*”. Procura-se que o conhecimento eventualmente produzido possa contribuir positivamente para o trabalho dos profissionais na área da intervenção precoce. Nesta ótica, pretende-se que a investigação permita a abertura de novas portas de conhecimento da população alvo, permitindo uma nova visão sobre o problema e possíveis formas de minorá-lo.

Como resultado desta análise, pretende-se retirar implicações para o contexto de trabalho dos profissionais de IPI, de modo a facilitar quer o processo de estabelecimento e definição de critérios de elegibilidade, quer o trabalho com a criança em risco propriamente dito. Neste último aspeto aspiramos que a presente investigação permita acrescentar dados ao conhecimento construído na área do estudo dos fatores de risco, proteção e processos de resiliência, e sua influência relativamente aos resultados desenvolvimentais das crianças entre os 0 e os 3 anos.

A «viagem da investigação» exige que se passe do «País Teórico» para o «País Prático» pelo que também precisa de usar uma ponte porque há um abismo entre os dois países (o vale dos investigadores perdidos!). (Hill & Hill, 2009, p. 21)

Esta viagem da investigação descrita por Hill e Hill (2009) tem como objetivo contribuir para o enriquecimento do conhecimento na área (no caso específico a Intervenção Precoce), implica a realização de escolhas em termos de temas e hipóteses a testar, o planeamento dos métodos de recolha de dados, e que se pense adiante numa visão geral da análise de dados que se pretende realizar.

Desta forma, na projeção do trabalho empírico não se pode dissociar a hipótese operacional, dos métodos de investigação e da análise destes dados. As hipóteses operacionais, sendo mais específicas, deverão indicar a natureza das operações estatísticas para o seu teste (Hill & Hill, 2009).

Definiu-se como hipóteses operacionais do trabalho empírico:

HO 1- Quanto maior for o número de fatores de risco presentes menor será a qualidade das transações entre pais e filhos.

HO 2 - Quanto maior for o número de fatores de risco presentes menor será a qualidade das experiências.

HO3 - Quanto maior for o número de fatores de risco presentes menores serão as condições de saúde e de segurança.

2. Metodologias de Investigação

As opções metodológicas adotadas na elaboração do estudo visam estudar e analisar a realidade circunscrita num espaço – Intervenção Precoce na RAA. Neste contexto, consideramos que a metodologia mais apropriada para responder às questões e hipóteses propostas insere-se numa investigação de natureza mista (métodos quantitativos e qualitativos), operacionalizada por um estudo do tipo exploratório correlacional.

Tashakkori e Teddlie (1998, *cit. in* Teghehof, 2007), relembram que o debate entre a investigação quantitativa e qualitativa em psicologia, teve as suas raízes no século XIX

e ocorreu na sociologia nos anos 20 e 30. A investigação nestas áreas era predominantemente quantitativa e a discussão resultou de um certo descontentamento com a aplicação dos métodos quantitativos às ciências sociais e humanas. Apesar de ainda existir a convicção de que apenas os dados quantitativos reúnem a confiança necessária, Reichardt e Rallis (1994), igualmente citados por Teghehof (2007), refutam a tese de incompatibilidade de ambos os paradigmas, afirmando existir semelhanças entre os dois e as suas diferenças podem ajudar a alcançar uma visão mais abrangente do objeto em estudo.

O reconhecimento de que os fenómenos sociais e humanos são complexos e de que a sua compreensão implica uma visão mais abrangente, levou a que muitos defendessem a utilização de mais do que uma perspetiva ou metodologia no mesmo estudo, como forma de conseguir uma melhor compreensão de uma realidade que é complexa e multifacetada.

Desta forma, com investigação quantitativa visamos medir determinadas componentes ou variáveis de um fenómeno concreto. Por sua vez, com a qualitativa aspiramos compreender como é que as diferentes partes que compõem um fenómeno funcionam em conjunto (McWilliam, 1993 *cit. in* Teghehof, 2007).

Relativamente à metodologia, conforme acima mencionado, o presente estudo é classificado como misto, ou seja, do tipo exploratório-correlacional. O estudo de tipo exploratório permite efetuar o reconhecimento de determinada realidade, enquanto que a intenção da investigação correlacional procura analisar a existência, ou não, de uma correlação entre duas ou mais variáveis possíveis de quantificar (Hill & Hill, 2005; Tuckman, 2000; Fortin, 1999; Carmo & Ferreira, 1998, *cit. in* Abreu, 2008). Para estudar a relação entre os padrões de interação familiar e o risco ambiental consideraram-se as seguintes variáveis: fatores de risco ambiental e os padrões de interação familiar.

Nos métodos quantitativos recorreu-se à utilização de questionários que mais adiante descreveremos. A principal vantagem dos questionários é a possibilidade de sistematização dos resultados apurados e a relativa facilidade e objetividade da análise dos dados. Os questionários utilizados são compostos por questões fechadas onde o sujeito apresenta as suas respostas dentro das hipóteses que lhe são apresentadas

facilitando, por um lado, a análise das respostas, mas por outro lado, limita a resposta do sujeito.

Nos métodos qualitativos optamos pela técnica do *Focus Group*. Segundo Morgan (1997), o *Focus Group* é uma técnica qualitativa que visa o controlo da discussão de um grupo de pessoas, inspirada em entrevistas não diretivas (Galego & Gomes, 2005) proporcionando uma multiplicidade de visões e reações emocionais no contexto do grupo. Tendo sido primeiramente utilizada pela rádio e sendo amplamente utilizado em pesquisas de mercado, só a partir da década de 1980 se desenvolveu mais intensamente como importante estratégia de pesquisa por parte dos cientistas sociais (Galego & Gomes, 2005). Encontramos, muitas vezes, este instrumento de pesquisa associado a pesquisas exploratórias que permitem fornecer importantes antecedentes sobre o conhecimento em áreas desconhecidas. O *Focus Group* pode ser usado para discutir com mais profundidade informações quantitativas, assim como clarificar esses mesmos resultados. Morgan (1997), chama-nos a atenção para esse aspeto quando diz que as grandes virtudes do *Focus Group* são a confiança na habilidade do pesquisador, a sua eficiência e rapidez na recolha de dados em relação à observação participante.

3. Universo e Participantes

O Universo ou População correspondem, em ciências sociais, ao conjunto total dos casos sobre o qual se pretende inferir (Hill & Hill, 2009). Neste sentido, a nossa população são todas as crianças identificadas com fatores de risco ambientais, incluindo o risco agregado (risco biológico + ambiental) a beneficiar dos programas de intervenção precoce da Região Autónoma dos Açores. A escolha deste universo prendeu-se com o facto de se pretender alicerçar a prática real e circunstanciada da investigadora ao conteúdo científico da investigação.

O Universo Experimental é constituído pelos oito programas de Intervenção Precoce da RAA (Ponta Delgada, Ribeira Grande, Nordeste, Povoação, Vila Franca do Campo, Angra do Heroísmo, Praia da Vitória, Horta).

Considerando os objetivos definidos para o estudo solicitou-se aos oito serviços coordenadores o preenchimento da Ficha de Caracterização Geral dos Serviços e

Equipas e Tabela de Predominância dos Fatores de Risco Ambiental, que mais adiante descreveremos.

Atendendo à disponibilidade de tempo e recursos da investigadora, não foi possível efetuar a recolha de dados da qualidade ambiental das crianças dos oito programas de Intervenção Precoce da RAA, pelo que definiu-se como amostra de conveniência para o estudo as crianças/famílias em situação de risco ambiental e risco agregado (biológico e ambiental) do programa de Intervenção Precoce de Ponta Delgada.

Para termos a certeza que a amostra escolhida tem dimensão suficiente para suportar as análises de dados planeadas, estabeleceu-se, de acordo com Hill & Hill (2009), como dimensão mínima 80 casos.

De acordo com Hill & Hill (2009), a amostra por conveniência tem como principais vantagens para o investigador a disponibilidade mais imediata dos casos, tornando a recolha dos dados mais fácil, rápida e menos dispendiosa. Por outro lado, os resultados obtidos não podem ser extrapolados com confiança para o universo pois não há a efetiva garantia da amostra ser efetivamente representativa deste universo.

Na seleção da amostra pesou o fato da investigadora aí exercer a sua atividade profissional, possibilitando uma melhor acessibilidade e um maior envolvimento com crianças e famílias selecionados para o estudo.

Foram estudadas as situações de risco agregado (biológico e ambiental) ou ambiental, que podem afetar o desenvolvimento da criança, considerando que, de acordo com Tegethof (2007), estas podem ser atenuadas ou potencializadas, respetivamente, por condições do meio, propícias ou adversas. Assume-se assim que, se por um lado os fatores ambientais podem alterar falhas biologicamente determinadas, por outro, existem vulnerabilidades desenvolvimentais que têm uma etiologia ambiental (Meisels & Shonkoff, 2000).

Para realização do *Focus Group*, e atendendo à dificuldade em reunir, física ou tecnologicamente, os elementos técnicos de cada uma das equipas de Intervenção Precoce da RAA, optou-se por reunir um conjunto de técnicos de cada uma das equipas de Intervenção Precoce da ilha de S. Miguel – PIP de Ponta Delgada, PIP Ribeira Grande, PIP Nordeste, PIP Povoação e PIP de Vila Franca do Campo- num total de 8

técnicos de intervenção precoce, de cinco equipas de intervenção precoce representativas do universo das 8 equipas da RAA.

4. Instrumentos de Recolha de Dados.

No sentido de responder aos objetivos propostos neste estudo empírico foram desenvolvidos/ adaptados os seguintes instrumentos:

a) Ficha de Caracterização Geral dos Serviços e Equipas

A ficha de caracterização geral dos serviços e equipas (anexo 1) foi estruturada para responder às questões enunciadas no estudo, procurando desta forma responder ao objetivo número um: caracterizar os atuais programas de IP da RAA e conhecer os seus critérios de elegibilidade. Verificando-se a inexistência de qualquer suporte teórico com a identificação dos atuais PIP existentes, optou-se por tentar obter um conhecimento que contribuísse para uma maior articulação futura entre os vários programas e técnicos de IP. Desta forma, procura-se analisar:

- (i) área geográfica de implementação
- (ii) critérios de elegibilidade
- (iii) número de casos com apoio direto e número de casos sinalizados a aguardar encaminhamento
- (iv) número de casos segundo os critérios elegibilidade (risco estabelecido, biológico, ambiental e agregado)

A ficha de caracterização dos programas foi preenchida pelo coordenador/interlocutor de cada uma das equipas de intervenção direta de intervenção precoce.

b) Tabela de Predominância dos Fatores de Risco Ambiental

É um instrumento construído para o presente estudo (anexo 2), tendo por base os Critérios de Elegibilidade aprovados pelo Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) a 16 de Junho de 2010 (anexo 3). Desta forma foi elaborado uma tabela destinada aos coordenadores/ interlocutores de cada uma das equipas de intervenção direta para averiguar a incidência de cada um dos fatores de risco

enunciados para cada família apoiada no âmbito dos SIP, transformados em variáveis dicotómicas (em que 1 corresponde à presença e o 0 corresponde à ausência). À tabela acresce três respostas indicadoras das situações de risco agregado (incidência de só fatores de risco ambientais, acumulação de fatores de risco ambientais com fatores de risco biológicos ou acumulação de fatores de risco ambientais com condição de risco estabelecido). O não preenchimento deste item reflete a não existência de fatores de risco ambientais, podendo no entanto existir fatores de risco estabelecido ou biológico.

Nos fatores de risco ambiental foram considerados fatores inerentes aos pais e fatores associados ao contexto.

Nos *fatores de risco parentais* constam:

- Mães adolescentes <18 anos
- Abuso de álcool ou outras substâncias aditivas
- Maus-tratos ativos (maus-tratos físicos, emocionais e abuso sexual) e passivos (negligência nos cuidados básicos a prestar à criança (saúde, alimentação, higiene e educação)
- Doença do foro psiquiátrico
- Doença física incapacitante ou limitativa.

Consideram-se *fatores contextuais*:

- Isolamento (ao nível geográfico e dificuldade no acesso a recursos formais e informais; discriminação sociocultural e étnica, racial ou sexual; discriminação religiosa; conflitualidade na relação com a criança) e/ou Pobreza (recurso a bancos alimentares e/ou centros de apoio social; desempregados; famílias beneficiárias de RSI ou de apoios da ação social);
- Desorganização Familiar (conflitualidade familiar frequente; negligência da habitação a nível da organização do espaço e da higiene);
- Preocupações acentuadas, expressas por um dos pais, pessoa que presta cuidados à criança ou profissional de saúde, relativamente ao desenvolvimento da criança, ao estilo parental ou interação mãe/pai-criança.

c) *Questionário de Avaliação dos Padrões de Interação Familiar*

Os padrões de interação familiar são a variável chave de toda a investigação. Após uma vasta pesquisa de escalas de avaliação e questionários já desenvolvidos no âmbito da avaliação familiar, e devido à dificuldade em obter consentimento dos autores ou responsáveis pela validação dos instrumentos, de que é exemplo o Inventário HOME *Home Observation for Measurement of the Environment Inventory* - Escala de Avaliação do Ambiente Familiar (Caldwell & Bradley, 2001), optamos pela construção do Questionário de Avaliação dos Padrões de Interação Familiar (Anexo 4).

Desta forma, e com base na revisão da literatura, no Inventário HOME e na *Framework for the Assessment of Children in Need and their Families* (Department of Health, 2000), arrojam a realização de um questionário específico que procura responder às hipóteses operacionais da investigação. Especificamente, o questionário procura avaliar os padrões de interação familiar que, de acordo com Guralnick (1998), dividem-se em três grupos: *qualidade das transações entre pais e filhos*, interações afetivamente calorosas e não intrusivas, sensibilidade e reciprocidade; *experiências proporcionadas pela família*, disponibilizando um ambiente estimulador com materiais, brinquedos e jogos adequados, bem como o envolvimento em atividades na comunidade consistentes com as suas necessidades e interesses; e as *condições de saúde e de segurança* proporcionadas pela família à criança, que podem ir desde os cuidados com a alimentação, à vacinação ou à proteção contra eventuais perigos. Características adversas na família podem perturbar os padrões de interação familiares, influenciando negativamente o desenvolvimento da criança.

Construiu-se o questionário tendo por base as três macro variáveis identificadas por Guralnick (1998), sendo composto por 30 questões, que se encontram divididas em três subescalas, cada uma composta por 10 itens de resposta fechada numa escala dicotómica (sim/não). A pontuação total de cada uma das subescalas é obtida através da soma de respostas positivas (nº de respostas “sim”).

As respostas assinaladas positivamente correspondem a qualidades ou fatores positivos existentes no seio familiar, enquanto as respostas assinaladas negativamente correspondem ao seu invés, fragilidades familiares que podem prejudicar o desenvolvimento da criança. Valores mais elevados nas subescalas revelam a presença de um maior número de qualidades ou fatores positivos.

Na subescala da qualidade das transações (QT) entre pais e filhos procuramos obter informação relativa à:

- a) Responsividade e Interação Familiar – quatro questões (QT1, QT2, QT3, QT4);
- b) Afetividade – duas questões (QT5 e QT6);
- c) Regras e Limites- duas questões (QT7 e QT8);
- d) Estabilidade – duas questões (QT9 e QT10);

Com a subescala Experiências proporcionadas pela família (E) pretendemos colher informação de:

- a) Rotinas – uma questão (E1);
- b) Diversidade de Materiais Pedagógicos – três questões (E2, E3, E4);
- c) Ambiente Estimulador – duas questões (E5 e E6);
- d) Envolvimento nas atividades da comunidade – quatro questões (E7, E8, E9 e E10).

Finalmente, através do item Condições de Saúde e Segurança pretendemos conhecer a informação referente a:

- a) Cuidados Básicos – seis questões (SS1, SS2, SS3, SS4, SS5 e SS6);
- b) Segurança – quatro questões (SS7, SS8, SS9, SS10)

d) Guião do Focus Group

Para a realização do *Focus Group* realizamos um guião (anexo 5) construído com base na revisão da literatura e no nosso conhecimento e experiência na realidade da IPI na RAA. Constituído por questões abertas e proposições procurando a reflexão e debate dos participantes relativa ao conceito de risco ambiental, às sinalizações das situações de risco ambiental (critérios de elegibilidade), quem efetua essa sinalização, como e quando é feita, que encaminhamento e plano de intervenção é efetuado.

Procuramos ainda conhecer a valorização atribuída aos programas de IPI como minimizador dos efeitos adversos que os fatores de risco ambiental podem exercer no desenvolvimento.

5. Procedimentos

Após indagada a pertinência do estudo a diferentes peritos na área da IPI, procedeu-se às necessárias autorizações dos principais responsáveis pelo desenvolvimento de serviços de intervenção precoce na RAA. O Decreto Legislativo Regional n.º15/2006/A, de 7 de Abril define que, sem prejuízo da colaboração dos sistemas educativos e de ação social, a Intervenção Precoce é da responsabilidade do Serviço Regional de Saúde.

Inicialmente, contactou-se telefonicamente todos os centros de saúde da RAA visando verificar o número de programas de Intervenção Precoce, atualmente a serem desenvolvidos nos Açores. Verificou-se a existência de apenas oito centros de saúde a desenvolver serviços organizados de IP com crianças e suas famílias: Centro de Saúde de Ponta Delgada, Centro de Saúde de Ribeira Grande, Centro de Saúde de Nordeste, Centro de Saúde de Povoação, Centro de Saúde de Vila Franca do Campo na ilha de S. Miguel, Centro de Saúde de Angra do Heroísmo, Centro de Saúde de Praia da Vitória, na ilha Terceira, e Centro de Saúde da Horta na ilha do Faial. O Centro de Saúde da Madalena na ilha do Pico já disponibilizou um serviço de Intervenção Precoce à comunidade que assiste mas, presentemente, não têm uma equipa efetivamente organizada.

1.ª Etapa – Recolha de Dados da Ficha Caracterização Geral dos Serviço e Equipas e Tabela de Predominância dos Fatores de Risco Ambiental

Foram contactadas via email (anexo 6) e telefone cada uma das coordenações dos serviços de IP da RAA com o objetivo de aclarar a finalidade do questionário e solicitar a colaboração dos coordenadores de serviços no preenchimento da Ficha de Caracterização Geral dos Serviços e Equipas e da Tabela de Predominância dos Fatores de Risco Ambiental para cada uma das famílias acompanhadas no âmbito do SIP

Todos os programas responderam positivamente ao pedido formulado à exceção do Serviço de Intervenção Precoce da Horta, adiantando no contato telefónico efetuado dificuldades diversas na implementação de um serviço transdisciplinar, centrado na criança e sua família.

Os dados destes dois instrumentos foram recolhidos no decorrer dos meses de Janeiro e Fevereiro de 2013.

2.ª Etapa – Recolha de Dados através do *Focus Group*

Fetterman (1989), citado por Tegethof (2007) distingue aqueles que designa como “atores-chave”, pela sua capacidade em responder de uma forma abrangente, relacionando uma determinada questão com outros tópicos culturalmente significativos.

Foram considerados “atores chave” para a investigação os coordenadores de cada programa de intervenção precoce, conhecedores da realidade em estudo, sendo portanto o seu testemunho particularmente credível e valioso para responder aos objetivos enunciados, nomeadamente: descrever como são sinalizadas as situações de risco ambiental (critérios de elegibilidade), quem efetua essa sinalização, como e quando é feita; que encaminhamento e plano de intervenção. Procurou-se ainda perceber a importância atribuída aos fatores de risco ambiental por cada um dos serviços de IP.

Desta forma, foi remetido por email o convite às coordenadoras dos programas da Unidade de Saúde de Ilha (USI) de S. Miguel para participarem no *Focus Group* (anexo 7). A reunião geral de equipas de IPI foi o momento ideal para, no final, reunir todos os intervenientes. Para que o grupo fosse convenientemente representativo das diferentes equipas, solicitou-se ainda a presença dos técnicos com mais anos de experiência de trabalho no âmbito da IPI das equipas com maior número de crianças apoiadas (Ponta Delgada, Ribeira Grande e Nordeste). A coordenadora da equipa da Ribeira Grande não pode estar presente fazendo-se representar por outro elemento da equipa técnica.

Teve lugar no dia 15 de Janeiro de 2013, no Centro de Saúde de Vila Franca, pelas 12 horas e 34 minutos e com uma duração total de 46 minutos e 32 segundos. No que se refere às estratégias de registo recorreu-se à gravação áudio da sessão com a autorização de todos os intervenientes.

O diálogo com o grupo iniciou-se com uma breve explicação dos objetivos da pesquisa e do âmbito da discussão, com a justificação da necessidade do registo em áudio e a assinatura das respetivas declarações de consentimento (anexo 8). Do *Focus Group* resultou a discussão de ideias e o enriquecimento de conceções sobre o risco ambiental.

3.ª Etapa – Recolha de Dados do Questionário de Avaliação dos Padrões de Interação Familiar

Num primeiro momento, construiu-se o questionário com base na revisão da literatura, apresentou-se a diferentes peritos e especialistas na área/temática em estudo que contribuíram para a reformulação de algumas questões que suscitaram maior subjetividade e debate interdisciplinar.

Num segundo momento, solicitou-se à equipa técnica de IP de Ponta Delgada o preenchimento do Questionário de Avaliação dos Padrões de Interação Familiar (anexo 6) para cada situação identificada pela equipa como risco ambiental ou risco agregado (ambiental+biológico). Solicitou-se ainda a colaboração da equipa no pedido de autorização das famílias para participação no estudo (anexo 5).

Os dados do questionário foram obtidos através de reunião multidisciplinar com diferentes técnicos da equipa de IP (assistente social, educadora de infância, enfermeira e psicóloga) envolvidos no processo de apoio/accompanhamento da criança e sua família. A investigadora participou ativamente no preenchimento de todos os questionários, com a dupla função investigadora e profissional de Serviço Social da equipa de IP de Ponta Delgada.

Foram efetuadas 12 reuniões ao longo dos meses de Fevereiro e Março de 2013, que tiveram lugar na coordenação do PIP de Ponta Delgada, e com um total de 16 técnicos envolvidos. Primeiramente, foi apresentado o questionário pela responsável do estudo para explicitação dos seus objetivos, questões relativas ao seu preenchimento e para garantir a confidencialidade e anonimato dos dados. As questões do questionário eram debatidas uma a uma e, com base nas informações obtidas no âmbito do apoio de intervenção precoce, considerou-se a que melhor se adequa ao contexto familiar. Foram raras as situações em que a resposta não reuniu o consenso de todos os profissionais envolvidos, ficando, nestas situações, o responsável de caso (que apoia a família com uma base mais sistemática) incumbido de apurar melhor a questão junto da família.

Destas discussões resultou uma informação enriquecida pelos diferentes saberes e um efetivo debate caso a caso.

6. Análise dos Dados

Para decomposição dos dados aferidos através da Ficha de Caracterização Geral dos Serviço e Equipas, da Tabela de Predominância dos Fatores de Risco Ambiental e do Questionário de Avaliação dos Padrões de Interação Familiar recorremos:

- às Estatísticas Descritivas (análise de frequências, médias e desvio padrão) para descrever sumariamente as características dos dados recolhidos;
- às Estatísticas Inferencial: coeficiente de correlação de *Spearman* e teste de Chi-Quadrado;
- à Análise Fatorial e ao coeficiente α de *Cronbach* para testar a validade de constructo e a coerência interna dos itens;

Os dados foram tratados com o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para o Windows, versão 19.0.

Para trabalhar os dados aferidos através do *Focus Group* recorremos à análise de conteúdo através do software informático NVivo na versão 10.

A análise de conteúdo passa pela análise da própria mensagem, o ponto de partida de todo o processo. A inferência ou interpretação é um processo fundamental que consiste na atribuição de significado aos dados finais.

Tratar o material recolhido significa codificá-lo, isto é transformar o texto para obter uma representação do conteúdo. Organizar essa codificação compreende três passos:

1. O recorte (escolha das unidades de contexto elementar) optou-se pela frase.
Ex: Participante 8 do Serviço 2: “*que entendemos pelo risco ambiental parte também daquilo que está definido na nova portaria da Intervenção Precoce, do mês de Agosto passado, e podemos balizar entre o risco que está associado aos fatores parentais, da própria família e dos seus contextos*” (P8:S2).
2. A enumeração – escolha das regras de contagem das unidades de contexto elementar. A contagem final das unidades foi efetuado em termos de frequência e percentagem frequencial da subcategoria. De referir, ainda, que dentro da maioria das categorias o mesmo indivíduo pode ser cotado em mais do que uma subcategoria, pelo que quando contamos frequências aludimos não ao número de

sujeitos, mas às referências feitas a cada tema correspondente a determinada subcategoria.

3. A classificação - impõe-se ao investigador classificar os elementos em categorias, ou seja, a parte comum existente entre os vários elementos. Na classificação foram consideradas duas dimensões semânticas: a categoria, representando a dimensão de maior abrangência, e a subcategoria, representando a de menor abrangência

Esta categorização é um processo do tipo estruturalista que tem como objetivo fornecer uma representação simplificada dos dados brutos. As categorias devem reunir as seguintes qualidades: *exclusão mútua* (evitar que o elemento seja classificado em duas ou mais categorias), *homogeneidade* (no mesmo conjunto categorial só deve existir uma dimensão de análise), *pertinência* (o sistema de categorias deve refletir as intenções da investigação), *objetividade e fidelidade* (todo o material deve ser codificado da mesma maneira) e *produtividade* (da sua análise deve fornecer resultado férteis – inferências, novas hipóteses e dados concretos) (Bardin, 1977).

O NVivo 10 é um software que suporta métodos de pesquisa qualitativos e mistos. Permite reunir, organizar e analisar conteúdos de entrevistas, discussões em grupo, pesquisas, áudio média social e páginas web. As principais vantagens que conduziram à eleição deste software foram:

- a) Concentrar mais tempo com análises e descobertas e menos tempo em tarefas administrativas.
- b) Trabalhar de forma sistemática e não perder dados.
- c) Apurar informações e descobrir conexões subtis de formas que simplesmente não são obtidas manualmente.
- d) Provar rigorosamente descobertas com evidências.
- e) Gerenciar todo o material num arquivo de projeto.
- f) Trabalhar facilmente com o material.
- g) Compartilhar facilmente o trabalho com outros. (NVivo)

7. Validade e Qualidade dos Dados Obtidos

Com intuito de aumentar a validade interna, recorremos à *triangulação de metodologias* (uso de métodos qualitativos e quantitativos para avaliar as mesmas questões), *de pares* (recorrendo-se a especialistas na revisão do documento), de *dados* (uso de dados provenientes de diferentes fontes de recolha para responder a uma mesma questão), de *teorias* (enquadramento dos resultados e comparação com outras investigações).

No que concerne às questões da validade externa, recorremos ao *envolvimento prolongado* no contexto estudado e *controle dos participantes* com a apresentação e discussão dos resultados com os vários técnicos envolvidos à medida que iam sendo obtidos.

Para aumentar a confirmação (objetividade), utilizámos a *triangulação de metodologias*, recorrendo a múltiplos métodos e apresentamos a sua descrição detalhada; os dados recolhidos foram mantidos, bem como a gravação áudio e a sua transcrição (anexo 9), possibilitando uma avaliação por auditores externos.

A questão da qualidade dos estudos qualitativos, resulta diretamente da descrição clara dos métodos usados. Utilizando o referencial proposto por Brantlinger *et al.* (2005, *cit. in* Tegethof, 2007), no *Focus Group* preocupámo-nos em assegurar critérios de qualidade: os participantes foram escolhidos intencionalmente de forma a representarem a população que nos interessava estudar; clareza das questões colocadas; registo áudio e transcrição procurando apresentar uma representação justa e adequada dos atores envolvidos e a confidencialidade foi assegurada.

Capítulo III – Apresentação dos Resultados

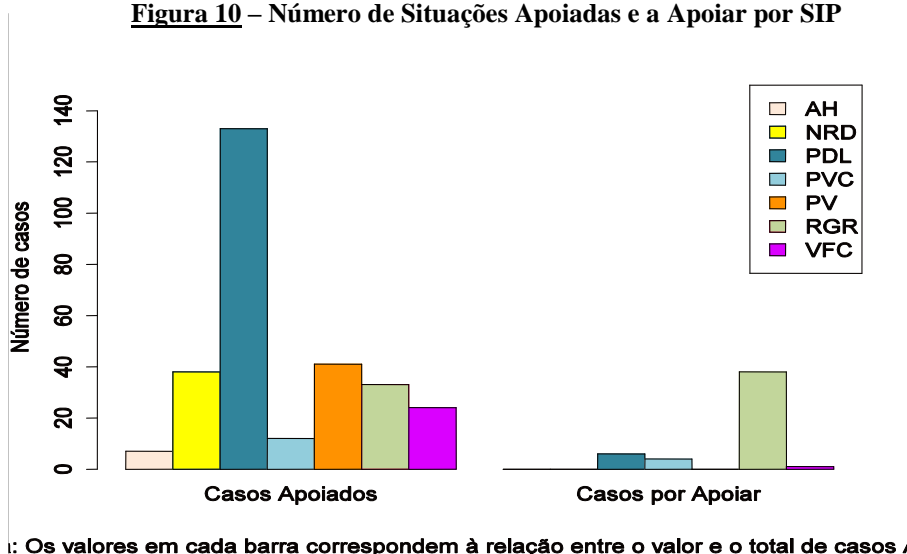
1. Ficha de Caracterização Geral dos Serviços e Equipas

Reponderam ao estudo 7 Programas de Intervenção Precoce da RAA – correspondendo aos Centros de Saúde de Ponta Delgada, Ribeira Grande, Nordeste, Povoação, Vila Franca do Campo na ilha de S. Miguel, e Angra do Heroísmo e Praia da Vitória na ilha Terceira (anexo 10).

A idade dos serviços varia entre os 14 anos (PIP de Ponta Delgada e Nordeste) e os 4 anos de atividade. Para a análise, as idades foram agrupadas em intervalos de 5 anos. O intervalo de idade entre 6 e 10 anos é o que agrega maior número de instituições (3), embora os dois restantes ([0-5],[11-15]) apresentem duas instituições cada;

No que concerne ao número total de casos apoiados em Janeiro de 2013 correspondiam a um máximo de 133 crianças para o programa de Ponta Delgada e ao mínimo de 7 para Angra do Heroísmo (M=41,14; DP= 42,47). O número de casos que aguardavam apoio variavam entre os 0 e os 38, com uma média de 7 situações. O PIP da Ribeira Grande é o que apresenta maior número de casos em espera (38), na generalidade das restantes equipas apresentam um número reduzido de crianças a aguardar apoio e Angra do Heroísmo, Nordeste e Praia da Vitória não apresentavam qualquer situação a aguardar apoio. Na relação entre casos em espera e número de casos apoiados, o local que apresentava uma maior relação (115%) era a equipa da Ribeira Grande, seguida da Povoação (33%). As restantes localidades apresentavam valores inferiores a 5% para esta relação.

Figura 10 – Número de Situações Apoiadas e a Apoiar por SIP



Quanto aos critérios de elegibilidade de cada PIP, verificamos que todas as equipas apoiam crianças com risco biológico, 6 serviços apoiam situações identificadas com risco estabelecido. As situações de risco agregado e risco cumulativo são apoiadas por 6 programas. O PIP de Angra do Heroísmo parece não apoiar qualquer situação com riscos estabelecidos presentes, quer isolados quer agregados com riscos ambientais. Por sua vez, as equipas da Povoação, Praia da Vitória e Ribeira Grande não dão resposta a crianças com risco ambiental identificado, no entanto, as duas últimas, consideram elegíveis as situações de risco cumulativo (mais de 4 fatores risco ambientais identificados).

O número de casos de risco estabelecido que são apoiados varia entre os 0 e os 34, com uma média de aproximadamente 11 casos; O PIP da Ribeira Grande é a localidade que maior número de crianças identificadas com risco estabelecido, relativamente à globalidade de casos que apoia (52%), seguida de Praia da Vitória, com 34%;

O número de casos de risco biológico que são apoiados varia entre os 5 e os 27, com uma média de 10 a 11; a equipa de Angra do Heroísmo é a que apoia maior número de casos de risco biológico, com 71%, seguida de Praia da Vitória e Povoação, com 66 e 58%. Nos restantes PIP o número de casos deste tipo que são apoiados é inferior a 36%;

O número de casos de risco ambiental que são apoiados varia entre os 0 e os 89, com uma média de aproximadamente 19 casos; Os serviços de Ponta Delgada e Nordeste destacam-se no número de casos de risco ambiental que apoiam (76% e 67%). Cerca de 38% dos casos apoiados em Vila Franca é desta classe.

2. Tabela de Predominância dos Fatores de Risco Ambientais

A presente tabela foi criada com intuito de averiguar a incidência de cada um dos fatores de risco enunciados para cada família apoiada no âmbito dos SIP da RAA. Foram obtidos 240 tabelas devidamente preenchidas, denotando-se a falta de 49 tabelas preenchidas comparativamente aos números apresentados na Ficha de Caracterização dos Serviço e Equipas (anexo 11).

Como podemos verificar, os atuais PIP dos Açores apoiavam em Janeiro de 2013 crianças com idades compreendidas entre os 0 (4 meses) e 5 anos (70 meses), com uma

Intervenção Precoce na Infância:
Uma Abordagem ao Risco Ambiental na Região Autónoma dos Açores

média de 2-3 anos (33.2 meses); Encontramos maior número de casos apoiados nas idades compreendidas entre os 1 e 3 anos, conforme quadro 3.

Quadro3 - Idade em Anos das Crianças Apoiadas pelos Programas de Intervenção Precoce da Região Autónoma dos Açores

		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Valid %</i>
	0	18	6,2	7,5
	1	47	16,3	19,6
	2	75	26,0	31,3
	3	60	20,8	25,0
	4	31	10,7	12,9
	5	9	3,1	3,8
	Total	240	83,0	100,0
Missing	System	49	17,0	
	Total	289	100,0	

No que concerne aos responsáveis de caso (ou gestores de caso) identificados para cada criança apoiada pelos SIP, observamos no quadro 4 que estes variam em função da equipa e a maioria dos responsáveis de caso são educadoras de infância (46.7%) ou educadoras de infância especializadas em NEE (14.9%); Seguem-se os assistentes sociais (5.5%), enfermeiros (5.2%) e terapeuta ocupacional (4.2%); com um número de casos menos significativo temos o docente do ensino básico (3.8%) e o psicólogo clínico (2,8%).

Quadro 4 – Responsáveis de Caso Identificados para Cada Criança Apoiada pelos Serviços de Intervenção Precoce da Região Autónoma dos Açores em Janeiro 2013

Responsável de Caso	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Valid %</i>
Enfermeira	15	5,2	6,2
Assistente Social	16	5,5	6,6
T. Ocupacional	12	4,2	5,0
Educadora de Infância	135	46,7	56,0
Psicóloga Clínica	8	2,8	3,3
Apoio Indireto	1	,3	,4
D. Ensino Básico	11	3,8	4,6
E. Infância Especializado	43	14,9	17,8
Total	241	83,4	100,0
Missing	System	48	16,6
	Total	289	100,0

O Nordeste apresenta a maior percentagem relativa de assistentes sociais como responsáveis de caso. No quadro 5 é possível verificar que, em termos globais, os casos de risco ambiental são os que têm maior expressão (41.5%), seguidos dos casos sem

Intervenção Precoce na Infância:
Uma Abordagem ao Risco Ambiental na Região Autónoma dos Açores

risco ambiental (24.6%), risco estabelecido+ambiental (20.1%) e os de biológico + ambiental (13.8%).

Quadro 5 - Número de Crianças Apoiadas por Tipologia Risco

	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Valid %</i>
Agregado (Est+amb)	58	20,1	20,1
Agregado (Bio+amb)	40	13,8	13,8
Ambiental	120	41,5	41,5
Sem risco	71	24,6	24,6
Total	289	100,0	100,0

Confirmando a não elegibilidade de crianças com fatores de risco ambientais o SIP de Praia da Vitória não apresenta casos de risco ambiental; Opostamente, o SIP de Ponta Delgada distingue-se pelo elevado número de casos de risco ambiental que apoia, conforme se pode verificar no quadro 6;

Quadro 6 – Número de Crianças Apoiadas por Tipologia de Risco e por Serviço de Intervenção Precoce

SIP	Agregado (Est+amb)	Agregado (Bio+amb)	Risco Ambienta	Sem Risco Ambiental	Total
PDL	19 14,3%	9 6,8%	89 66,9%	16 12,0%	133 100%
RG	15 45,5%	10 30,3%	4 12,1%	4 12,1%	33 100%
NOR	15 39,5%	6 15,8%	17 44,7%	0 0,0%	38 100%
POV	3 25,0%	5 41,7%	1 8,3%	3 25,0%	12 100%
VFC	0 0,0%	2 8,3%	7 29,2%	15 62,5%	24 100%
AH	0 0,0%	5 71,4%	2 28,6%	0 0,0%	7 100%
PV	6 14,3%	3 7,1%	0 0,0%	33 78,6%	42 100%
Total	58	40	120	71	289

Relativamente ao fato de possuírem Processo de Promoção e Proteção (anexo 11 - Output n.º23), 27.4% do total de crianças/ famílias apoiadas pelos SIP têm processo de promoção e proteção no âmbito da Lei n.º147/99, de 1 de Setembro . Detêm processo na CPCJ, essencialmente, as situações de risco ambiental (38 crianças), seguindo-se de as situações de risco agregado (biológico+ ambiental) com 15 situações e, finalmente, de

risco agregado (estabelecido+ ambiental) com 13 crianças. Apesar da frequência, considerando o total da classe de risco, o risco agregado (biológico+ ambiental) é o mais representativo (37,5%) e o risco agregado (estabelecido+ ambiental) é o menos representativo. Por outro lado, não existe qualquer situação acompanhada pelas CPCJ sem qualquer risco ambiental identificado.

No quadro 7 verificamos que cerca de 51,6% do total de crianças apoiadas pelos PIP dos Açores apresentam pelo menos um fator de risco associado aos pais: 36,0% apresenta apenas um fator de risco, 12,8% apresenta dois fatores risco parentais, 2,4% apresenta três fatores e 0,3% apresenta 4 fatores. Verificamos que existe uma maior incidência de crianças com um único fator de risco parental, diminuindo gradativamente o número de crianças a apresentarem mais do que um e até um máximo de quatro.

Quadro 7 - Número Total de Fatores de Risco Parentais (relativos aos pais) nas crianças Apoiadas pelos Serviços de Intervenção Precoce da RAA

		<i>n</i>	<i>%</i>	<i>Valid %</i>
N.º Fatores de Risco Parentais	0	140	48,4	48,4
	1	104	36,0	36,0
	2	37	12,8	12,8
	3	7	2,4	2,4
	4	1	,3	,3
	Total	289	100,0	100,0

São em maior número as crianças que apresentam fatores de risco contextuais (relativos ao contexto em que a criança/família está integrada), como confirma o quadro 8, num total de 209 crianças (71,3%) em que: 27,7% apresenta apenas um fator de risco, 25,6% apresenta dois fatores de risco, 11,4% apresentam três fatores, 4,8% apresenta quatro fatores e, finalmente, 1,4% apresentam cinco fatores de risco contextuais. É possível, assim, afirmar que para além de existirem maior número de casos com presença de fatores risco contextuais, estes também ocorrem em maior número.

Quadro 8 - Número Total de Fatores de Risco Contextuais (relativos ao contexto) nas crianças Apoiadas pelos Serviços de Intervenção Precoce da RAA

		<i>n</i>	<i>%</i>	<i>Valid %</i>
N.º Fatores de Risco Contextuais	0	83	28,7	28,8
	1	80	27,7	27,8
	2	74	25,6	25,7
	3	33	11,4	11,5
	4	14	4,8	4,9
	5	4	1,4	1,4
	Total	288	99,7	100,0
	Missing	1	,3	
	Total	289	100,0	

Com o quadro abaixo podemos verificar que os fatores de risco que predominam são a Pobreza (beneficiários de RSI, banco alimentar, apoios da ação social ou prestações de desemprego (60,6%), seguindo-se a Desorganização Familiar - conflitualidade, negligência da habitação a nível da organização do espaço e higiene (33,9%) e Maus Tratos Passivos - negligência nos cuidados básicos – saúde, alimentação, higiene e educação (32,2%). Os fatores de risco menos significativos são a discriminação religiosa (0,3%), a discriminação sociocultural e étnica, racial ou sexual (1,3%) e doença física incapacitante ou limitativa (1,7%).

Quadro 9 – Fatores de Risco Identificados nas Crianças Apoiadas pelos Serviços de Intervenção Precoce na RAA (Janeiro de 2013)

Fatores de Risco Parentais (relativos aos pais)	<i>n</i>	%	Valid %
Mãe Adolescente (menor de 18 anos)	17	5,9	5,9
Abuso de álcool ou outras substâncias aditivas	41	14,2	14,2
Maus Tratos Ativos (físicos, emocionais e abuso sexual)	18	6,2	6,2
Maus Tratos Passivos (negligência nos cuidados básicos – saúde, alimentação, higiene e educação)	93	32,2	32,2
Doença do foro Psiquiátrico	29	10,0	10,0
Doença Física Incapacitante ou limitativa	5	1,7	1,7
Fatores de Risco Contextuais (relativos ao contexto)	<i>n</i>	%	Valid %
Isolamento a nível geográfico	29	10,0	10,0
Dificuldade no acesso a recursos formais e informais	36	12,5	12,5
Discriminação sociocultural e étnica, racial ou sexual	4	1,4	1,4
Discriminação Religiosa	1	,3	,3
Conflitualidade na Relação com a criança	16	5,5	5,5
Pobreza (beneficiários de RSI, banco alimentar, apoios da ação social ou prestações de desemprego)	175	60,6	60,8
Desorganização Familiar (conflitualidade, negligência da habitação a nível da organização do espaço e higiene)	98	33,9	33,9
Preocupações acentuadas, expressas por um dos pais, com o desenvolvimento da criança	45	15,6	15,6

3. Questionário de Avaliação da Qualidade dos Padrões de Interação Familiar

Para responder a este questionário selecionou-se uma amostra de conveniência composta por todas as crianças com risco ambiental ou risco agregado (biológico + ambiental) acompanhadas pela equipa de IP de Ponta Delgada. Foram desta forma selecionados 97 casos no universo de 289 crianças acompanhadas pelos vários SIP da RAA (anexo 12).

O questionário está dividido em três subescalas: a primeira pretende avaliar a qualidade das transações familiares (responsividade e interação familiar, afetividade, estabelecimento de regras e limites), a segunda, as experiências proporcionadas pela família (rotinas, diversidade de materiais pedagógicos, ambiente estimulador e envolvimento nas atividades da comunidade) e, por último, as condições de saúde e segurança (cuidados básicos e segurança). Para cotação das respostas, atribuiu-se o valor 1 às respostas positivas e o valor 0 às respostas negativas.

Na primeira subescala (anexo 12 – output n.º24) – *Qualidade das Transações Familiares* – aferimos que 82,5% dos pais/cuidadores e fratrias passam tempo considerado suficiente com criança, desenvolvendo com ela uma relação forte e segura; no entanto, apenas 48,5% das crianças não é exposta ao stress emocional dos pais/cuidadores e somente 56,7% destes apresentam formas não violentas de discussão. Menos de metade das figuras paternas abarcadas no estudo colabora diariamente nos cuidados à criança (47,4%).

Na avaliação da afetividade, percebemos que a maior parte dos pais/cuidadores manifestam satisfação no contato físico apropriado com os seus filhos (88,7%), demonstrando regularmente sinais espontâneos de afeto (86,6%).

A variável estabelecimento de regras e limites parece mais fragilizada, pois apenas 46,4% dos pais utiliza métodos positivos adequados para que a sua criança se comporte e apenas 30,9% tem regras e limites claros e consistentes no seio familiar.

Por outro lado, relativamente à estabilidade, 88,7% dos pais conforta adequadamente a criança doente, indisposta ou magoada e 67% apresenta um padrão estável de cuidados prestados à criança.

No que concerne às *Experiências Proporcionadas pela Família* (anexo 12 – output n.º26), verificamos que 66% dos pais/cuidadores procuram assegurar rotinas regulares e consistentes para criança (sono, refeições, higiene). Contrariamente, parece não existir grande preocupação dos pais com a qualidade e diversidade de materiais pedagógicos e estimuladores do desenvolvimento das crianças:

- apenas 45,4% têm clara intenção de adquirir materiais potenciadores do desenvolvimento da sua criança;
- 32% das crianças possui objetos e brinquedos seguros e adequados ao seu estágio desenvolvimental (sete a dez brinquedos);
- Este número diminui ainda mais quando se refere a instrumentos musicais, livros, DVDs de animação ou de música adequados à idade (28,9%).

Pode-se afirmar que, apesar de existir alguma intenção dos progenitores/cuidadores em adquirir objetos e brinquedos adequados, são escassas as crianças de risco ambiental que efetivamente possuem os mesmos em número considerado aconselhável.

Relativamente à questão se a criança é encorajada a falar e os pais respondem positivamente à conversação, 77,3% das crianças de risco ambiental obteve cotação positiva; e 56,7% dos pais envolvem-se regularmente em atividades com as crianças (ler, contar histórias, brincar ou jogar, ver televisão).

Quanto ao envolvimento da criança e família nas atividades comunitárias, 75,3% tem oportunidade de comunicar e brincar regularmente com outras crianças e 71,1% das crianças/famílias visitam regularmente outros familiares ou amigos da família (pelo menos uma vez por semana). Apenas 51,1% dos pais levam frequentemente a criança a utilizar recursos comunitários disponíveis localmente (parques infantis, praia, lojas e supermercados, igreja, entre outros) e este número desce drasticamente quando avaliamos a participação da criança em espaços ou eventos de elevado interesse para o desenvolvimento da criança (monumentos, museus, jardim zoológico, eventos desportivos ou artísticos, cinema, circos, teatro, entre outros) – apenas 24,7% frequenta mensalmente.

Nas *Condições de Saúde e Segurança* (anexo 12 – output n.º 28) podemos verificar que, ao nível dos cuidados básicos, 70,1% dos pais providenciam uma dieta nutricional adequada à idade da criança, apenas 6,2% das crianças não apresenta vestuário e

calçado apropriado à idade, género, cultura e estado do tempo, e que apenas 11.3% das crianças não apresenta uma higiene cuidada no que se refere ao vestuário, cabelo, unhas e dentes.

Ainda ao nível dos cuidados básicos, são pouco significativos os números de crianças que não frequentam assiduamente o médico de família numa perspetiva de saúde preventiva (7.2%) ou que não têm o plano vacinal atualizado (1%). Cerca de 15.5% das famílias não acodem conveniente às doenças ou ferimentos das suas crianças. Podemos assim atestar que o nível dos cuidados básicos, que a generalidade das famílias assegura ou providencia, são francamente positivos.

Os números não são tão favoráveis quanto à situação habitacional familiar (questões SS7 e SS8), com um número idêntico – 50.5% das não possui habitação, incluindo as imediações, seguras (estado de conservação, condições sanitárias e de higiene, alojamento da criança, adequada proteção contra perigos) e mesmo ao nível de comodidades básicas (água potável, luz, esquentador, espaço de confeção e acondicionamento dos alimentos, condicionamento e higiene do vestuário, camas individualizadas). Apesar desta situação habitacional, 66% das crianças dispõe de um lugar seguro para brincar e 92.8% está sempre supervisionada por um adulto (dentro e fora de casa).

Analisando a cotação das três subescalas (anexo 12 – output n.º30), verificamos uma média de 6.43 na *Qualidade das Transações Familiares* (mediana=6.00; moda=6. DP=2.449), 5.29 para as *Experiências Proporcionadas pela Família* (mediana=5.00; moda=6. DP=2.723) e 7.87 para as *Condições de Saúde e Segurança* (mediana=8. moda=10. DP=1.913), permitindo-nos afirmar que a globalidade das famílias apresentou como variáveis mais fragilizadas as da subescala 2 - *Experiências Proporcionadas pela Família* - e como variáveis mais robustas as da subescala 3 - *Condições de Saúde e Segurança*.

3.1 Validação do Questionário de Avaliação dos Padrões de Interação Familiar

A avaliação das propriedades psicométricas do questionário foi constituída por diferentes fases, nomeadamente pela análise da sensibilidade dos dados, avaliação da fidelidade através do coeficiente do *alpha de Cronbach* e, por fim, pela análise factorial, usada para avaliar a validade de constructo do questionário. Estas etapas serão descritas detalhadamente a seguir.

Para avaliar a **sensibilidade** do instrumento, utilizamos a tabela de frequências. Esta análise pretende responder à questão – será que questionário é apropriado para distinguir os participantes?. Isto é, pretende verificar se, em todos os itens, as categorias de resposta (“Sim”, “Não”) são utilizadas pelos participantes, discriminando aqueles que têm comportamentos positivos dos que têm comportamentos negativos.

Relativamente à versão atual do questionário, os dados demonstraram que o instrumento tem uma boa sensibilidade. No geral, verificou-se uma frequência significativa em ambas as categorias “sim” e “não”. Contudo, nos itens da subescala “condições de Saúde e Segurança”, foi visível uma maior discrepância na frequência das respostas, especialmente no item SS5 “A criança mantém o seu plano atualizado ou existem explicações plausíveis para a sua não atualização (ex. Doença)?”, em que 96 participantes responderam “Sim”. Este item poderá, mais tarde, ser eliminado do questionário (ver anexo 12 – output n.º33)

A **fidelidade** de cada subescala foi obtida através cálculo do *alpha de Cronbach*. O objetivo desta análise foi avaliar a consistência interna dos itens, isto é, perceber se os participantes respondem de forma consistente ao longo dos itens.

O valor *alfa de Cronbach* para a primeira subescala (fator 1: “qualidade das transações familiares”) é .76; para subescala “experiências” proporcionadas pela família” é .79; por fim, a subescala 3 – “condições de saúde e segurança” – apresenta o um baixo valor de consistência interna: $\alpha=.69$ (ver anexo 12 – outputs n.º 34/36/37).

Para a escala total, valor de *alfa de Cronbach* foi .87, indicando um bom índice de fidelidade (superior ao desejado - .70).

Em conclusão, os resultados demonstraram valores aceitáveis de consistência interna, à exceção da última escala que apresenta um valor abaixo de .70 ($\alpha=.69$). Verificou-se

ainda que nenhum item ao ser eliminado aumenta substancialmente o respetivo valor de *alpha*.

Para obtermos a **validade** de constructo, realizou-se uma Análise Factorial dos itens, utilizando o método de componentes principais, com rotação Varimax. Primeiramente, verificou-se que o valor da medida KMO é superior a .60 (.63), indicando ser aceitável. Mais se verificou que o teste de esfericidade de *Bartlett* é estatisticamente significativo: $\chi^2(435) = 1485.50, p < .001$. Portanto, está cumprido o pressuposto de factoriabilidade da matriz dos dados, necessário para a realização desta análise (ver anexo 12 – output n.º31).

A análise factorial, nesta primeira fase, extraiu 9 fatores que explicam 69.9%. Contudo, como o questionário apresenta apenas três subescalas “teóricas”, forçamos a existência de 3 fatores principais que explicam 40.105% da variância dos resultados.

Especificamente, os resultados revelaram que o fator 1 explica 14.102% da variância e integra os itens 1,2,3,4,5, ($\alpha=.757$). O fator 2 explica 13.574% da variância e integra os itens 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 ($\alpha=.79$). Por fim, o fator 3 explica 12.429% da variância e inclui os seguintes itens 22, 23, 24, 25 ($\alpha=.69$). Obteve-se também itens “problemáticos” com baixos índices de saturação, como por exemplo é o caso do item 7 (“A criança vai regularmente ao médico de família ou médico assistente numa perspectiva de saúde preventiva?”), entre outros .

O quadro 10 apresenta os dados relativos à análise de componentes principais. Verifica-se, deste modo, que os itens 6, 7, 16, 17, 18, 19, 20 e 21 apresentaram fatores de saturação inferiores a .512 (Field, 2009), o que indica problemas ao nível da sua saturação e, por conseguinte, ao nível da sua validade.

Intervenção Precoce na Infância:
Uma Abordagem ao Risco Ambiental na Região Autónoma dos Açores

Quadro 10 - Análise de Componentes Principais (Rotação Varimax)

Itens	Factor 1	Factor 2	Factor 3
1. Os pais/cuidadores mostram regularmente sinais espontâneos de afeto pela criança (elogiam, mostram as habilidades acariciam)	.888	.133	.007
2. Os pais/cuidadores manifestam satisfação no contato físico apropriado com os seus filhos (beijo, abraço...)?	.844	.178	.059
3. A família (pais/cuidadores e irmãs) passa tempo suficiente com a criança, desenvolvendo com ela uma relação forte e segura?	.739	.258	.010
4. Os pais ou outros cuidadores confortam adequadamente a criança quando esta está distante, indisposta ou magoada?	.663	.204	.065
5. A criança é encorajada a falar e os pais respondem positivamente à conversação da criança?	.586	.288	.065
6. A criança encontra-se sempre acompanhada por um adulto responsável (dentro e fora de casa)?	.452	.023	.051
7. A criança vai regularmente ao médico de família ou médico assistente numa perspetiva de saúde preventiva?	.231	-.057	.207
8. Existem regras e limites claros e consistentes no seio familiar?	.102	.635	.322
9. Os pais/cuidadores utilizam métodos positivos adequados para que a sua criança se comporte?	.167	.627	.175
10. A criança toma banho regularmente e apresenta uma higiene cuidada (vestuário, cabelo, unhas, dentes, etc)?	.124	.606	.009
11. A criança não é regularmente exposta ao stress emocional dos pais/cuidadores?	.077	.569	.158
12. Os pais ou cuidadores asseguram rotinas regulares e consistentes para a criança (sono, refeições, higiene)?	.365	.553	.148
13. Há um padrão estável nos cuidados prestados à criança?	.289	.548	.012
14. As discussões entre pais/cuidadores são resolvidas de uma forma não violenta?	-.259	.539	.104
15. É dada à criança uma dieta nutricional adequada à sua idade? -	.195	.531	.048
16. O pai ou figura paterna colabora diariamente nos cuidados prestados à criança?	-.386	.482	.015
17. A criança apresenta vestuário, incluindo calçado, apropriado à sua idade, género, cultura e estado do tempo?	.121	.409	-.273
18. Os pais ou cuidadores asseguram rotinas regulares e consistentes para a criança (sono, refeições, higiene)?	.234	.400	.399
19. Os pais empreendem regularmente atividades com as crianças, como ler ou contar histórias, brincar ou jogar, ver televisão?	.378	.390	.347
20. Doenças ou ferimentos da criança são acudidos convenientemente?	.319	.336	.172
21. A criança mantém o seu plano vacinal atualizado ou existem explicações plausíveis para a sua não atualização (ex.: doença)?	-.059	-.122	.115
22. Os pais levam frequentemente a criança (três ou mais vezes por semana) na utilização dos recursos comunitários disponíveis localmente (parques infantis, praia, lojas e supermercados, igreja)?	.284	-.033	.684
23. A habitação familiar e suas imediações são seguras para a criança (estado de conservação, condições sanitárias e de higiene, alojamento da criança, adequada proteção contra perigos)?	.034	.198	.680
24. A criança possui instrumentos musicais, livros, dvds de animação ou de música adequados à sua idade (três a cinco)?	.008	.345	.638
% Variância	14.102	13.574	12.429

No quadro 11 avalia-se a existência de correlações entre as subescalas e o total do Questionário de Avaliação dos Padrões de Interação Familiar. Neste sentido, é possível verificar que todas as subescalas deste questionário estão significativamente correlacionadas com o *Score* total da escala. Para além disso, os resultados são estatisticamente significativos entre as próprias subescalas (quadro 11). Por exemplo, a subescala “Qualidade das Transações Familiares” encontra-se positivamente correlacionada com o total da escala ($r = .83$, $p < .01$), assim como está significativamente correlacionada com a subescala “Experiências Proporcionadas Pela Família” ($r = .57$, $p < .01$) e com a “Condições De Saúde E Segurança” ($r = .41$, $p < .01$).

Quadro 11 - Correlações *Pearson* entre as Subescalas e o Total do QAPIF

Questionário de Avaliação dos Padrões de Interação Família				
	Subescala 1	Subescala 2	Subescala 3	Total
Subescala 1	-	.57**	.41**	.83**
Subescala 2	-	-	.47**	.87**
Subescala 3	-	-	-	.73**
Total	-	-	-	-

Nota: subescala 1: Qualidade das transações Familiares; Subescala 2: experiências proporcionadas pela família; subescala 3: Condições de saúde e segurança; Total: Soma total do questionário; ** $p < .01$.

4. Análise Correlacional

Utilizamos o teste Qui-quadrado que, de acordo com Guimarães (1997), permite verificar a independência entre duas variáveis agrupadas em classes mutuamente exclusivas e exaustivas. O objetivo do teste é o de verificar se as duas variáveis em questão estão ou não relacionadas, sendo a hipótese nula (H_0) a de que são independentes. No entanto, o autor chama a atenção para a limitação de utilização do teste para situações em que mais do que 20% das frequências (n° de contagens para um determinado cruzamento de classes das duas variáveis) não seja superior a 5, ou em que alguma das situações seja inferior a 1.

A tabela de contingência para as somas de pontuações dos dois inquéritos está apresentada no Quadro 12. Como se pode verificar, as frequências não respeitam os critérios recomendados por Guimarães (1997), pelo que se procedeu ao agrupamento de valores.

Intervenção Precoce na Infância:
Uma Abordagem ao Risco Ambiental na Região Autónoma dos Açores

Quadro 12 – Tabela de contingência de somas de pontuações dos inquéritos 2 e 3, com pontuações discretizadas.

		Soma das cot. do Item 1 +2 +3 (QT + E + SS)																												Total
		5	8	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30						
Soma de F. de Risco Ambientais (Parentais + Contextuais)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	1	0	0	3	1	0	2	0	1	1	0	12					
	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	2	3	1	0	2	0	1	2	0	0	2	1	18					
	3	2	0	2	2	1	3	1	2	0	0	3	6	1	1	3	1	0	1	0	0	0	0	2	31					
	4	0	0	0	0	0	4	2	1	1	0	1	1	1	2	0	2	0	0	0	1	0	4	0	20					
	5	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	6					
	6	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1					
	7	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	7					
	8	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1					
Total	2	1	2	2	2	7	4	5	3	5	5	13	6	5	4	9	2	2	4	2	1	7	3	96						

O Quadro 13 representa a agregação de classes proposta, com as respetivas frequências.

Quadro 13 –Tabela de contingência de somas de pontuações dos inquéritos 2 e 3, com pontuações agrupadas.

		Soma de cotações dos itens 1 + 2 + 3 (agrupados)		Total
		[1-15]	[16-30]	
Soma de F. Risco Ambientais (agrupados)	[1-4]	20	61	81
	[5-8]	5	10	15
Total		25	71	96

Nestas condições, o teste de associação do Qui-Quadrado conduz aos seguintes resultados. No quadro 14, pode observar-se que o nível de significância para a situação bilateral - *Asymp. Sig. (2-sided)* é muito elevado (acima dos 48%). Esta situação poderá ter decorrido de problemas com o agrupamento de resultados, pelo que se considerou que os resultados deste teste não devem ser considerados.

Quadro 14 - Resultados do teste de associação do Qui-quadrado.

	Value	Chi-Square Tests		
		df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,491 ^a	1	,484	
Continuity Correction ^b	,145	1	,704	
Likelihood Ratio	,470	1	,493	
Fisher's Exact Test				,527
Linear-by-Linear Association	,486	1	,486	
N of Valid Cases	96			

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,91.
b. Computed only for a 2x2 table

Tentou-se determinar o grau de associação das variáveis fazendo recurso de outro teste de associação não paramétrico – Teste de correlação ordinal de *Spearman* - que não apresenta as limitações do anterior, conforme se pode verificar no quadro 15.

O coeficiente de correlação ordinal de *Spearman* traduz formas gerais de relacionamento entre as variáveis, pelo que duas variáveis que exibam um grau de associação elevado podem ou não estar relacionadas linearmente.

No teste de *Spearman* a hipótese nula (H_0) corresponde a considerar que as variáveis não estão associadas, correspondendo a hipótese alternativa bilateral (H_1) a considerar que estão relacionadas.

Quadro 15 – Grau de Associação de *Spearman*, com Cotações de Itens versus Soma de Fatores de Risco Ambientais

		Soma de F. de Risco Ambientais (Parentais + Contextuais)
Spearman's rho	Soma das cot. do Item 1 (QT)	Correlation Coefficient -,325**
		Sig. (2-tailed) ,001
		N 96
	Soma das cot. do Item 2 (E)	Correlation Coefficient ,015
		Sig. (2-tailed) ,886
		N 96
	Soma das cot. do Item 3 (SS)	Correlation Coefficient -,327**
		Sig. (2-tailed) ,001
		N 96
	Soma das cot. do Item 1 +2 +3 (QT + E + SS)	Correlation Coefficient -,274**
		Sig. (2-tailed) ,007
		N 96

** Correlação é significativa ao nível 0.01 (bilateral)

De acordo com os resultados apresentados no quadro anterior é possível afirmar, com confiança significativa (nível de significância inferior a 1%), que existe uma associação negativa entre o total de pontuação do questionário dos fatores de risco ambientais e a qualidade dos padrões de interação familiar, ou seja, se existe maior risco ambiental, a qualidade de interações familiares é pior e vice-versa.

Do ponto de vista de cotações parcelares, verifica-se existir o mesmo nível de associação (negativa) nos subtotais dos itens 1 e 3 do questionário, indicando que quanto maior o numero de fatores de risco, menor a qualidade das transações familiares e família e condições de saúde e segurança (subtotal 1 e subtotal 2). O teste não indicou existir associação entre o item 2 (*qualidade das experiências proporcionadas pela*

família) e os fatores de risco ambientais, $r_s = .015$, $p = .89$. O teste não permite, contudo, estabelecer relações de causalidade entre as variáveis.

5. Focus Group

No *Focus Group* participaram 8 profissionais de Intervenção Precoce, todos do sexo feminino, das cinco PIP da ilha de S. Miguel. No que concerne à formação de base dos profissionais participantes: uma assistente social, uma enfermeira, uma fisioterapeuta, uma terapeuta ocupacional, coordenadoras de PIP, nomeadas pela Unidade de Saúde de Ilha de S. Miguel, e 4 educadoras de infância designadas pela Direção Regional de Educação e Formação através das escolas básicas integradas.

Relativamente à experiência profissional em IPI, duas profissionais integram a equipa desde a implementação do Programa Cidadania (Portaria n.º66/99 de 19 de Agosto) há 12 anos, os outros técnicos com menor experiência (entre 7 e 3 anos).

Todos os elementos manifestaram concordância nas exalações referentes ao conceito atribuído ao risco ambiental. Seguindo a orientação jurídica emanada na Portaria n.º 89/2012, de 17 de Agosto, incluíram fatores risco associados aos pais e ao contexto:

“(…)o que entendemos pelo risco ambiental parte também daquilo que está definido na nova portaria da Intervenção Precoce, do mês de Agosto passado, e podemos balizar entre o risco que está associado aos fatores parentais, da própria família e dos seus contextos (de isolamento, de pobreza, de baixos rendimentos).” (P8:S2)

“(…) não só a própria família mas também o contexto onde esta família se insere: as questões habitacionais, o isolamento geográfico, as próprias competências parentais que vão influenciar positivamente ou negativamente, consoante, o desenvolvimento harmonioso da criança.” (P5:S2)

“(…)como o próprio nome indica, tudo aquilo que está à volta da criança”. (P5:S2)

Acrescentaram a existência de uma interação adaptativa entre o meio ambiente e o desenvolvimento e que os fatores de risco ambientais podem agravar outros fatores da criança, nomeadamente fatores de risco biológicos ou estabelecidos:

“(…)são os fatores ambientais que vão influenciar o sentido de direção do desenvolvimento e o primeiro contexto é a família mas por vezes a criança não está com a família, tem prestadores, amas ou pessoas que tomam conta dela que também podem não ter competências”. (P3:S1)

Intervenção Precoce na Infância:
Uma Abordagem ao Risco Ambiental na Região Autónoma dos Açores

“Se à partida a criança já tiver um risco biológico, os fatores de risco ambientais vão reforça-los. Mas, mesmo que não haja um fator biológico, evidentemente, os fatores ambientais são fundamentais para o seu desenvolvimento porque são as sementes que são depositadas.” (P3:S1)

Quanto aos critérios de elegibilidade dos PIP, os profissionais com maior experiência em IPI lembraram que o apoio às crianças com risco ambiental não estava contemplado nos diplomas legislativos iniciais – *“Lembro que, desde o início da intervenção precoce não eram abrangidas estas crianças, pelo menos em Ponta Delgada, eram só aquelas que estavam identificadas com riscos biológicos.”* (P8:S2) Presentemente a tónica para a criança/família ser elegível está colocada no desenvolvimento – *“E são sinalizadas desde que se veja que está em causa o desenvolvimento da criança pelo fato de ter riscos ambientais, neste caso muito concreto.”* (P8:S2) Alguns PIP estão a dar resposta às situações de risco ambiental – *“nós no Nordeste, temos uma prevalência enorme de famílias de alto risco, disfuncionais e com problemáticas”* (P3:S1) – mas outros apenas apoiam situações de risco agregado – *“geralmente as crianças que são sinalizadas com risco ambiental, geralmente têm risco biológico associado”* (P6:S3)

Relativamente à sinalização das crianças, os profissionais manifestaram ser efetuado por diferentes serviços/instituições das áreas da saúde, educação e ação social. Identificando muito cedo as situações de risco ambiental, podem efetuar a sinalização no decorrer da gravidez:

“(…)em Ponta Delgada posso começar por dizer que a sinalização destas crianças ao programa de Intervenção Precoce é feita de diversas maneira e por diversos serviços. A maior sinalização vem por parte do hospital, por parte das unidades de saúde, vem pelos serviços sociais locais, através, nomeadamente, das Unidades de Ação Social Local dos concelhos de Ponta Delgada e Lagoa e das próprias escolas e, às vezes, até individuais, da própria família.” (P8:S2)

“Portanto, os assistentes sociais conhecem bem as famílias disfuncionais e problemáticas e, portanto, quando se sabe que há uma mãe e uma grávida, ainda enquanto grávida, é sinalizada nas reuniões de equipa de que a senhora tal está grávida. O mesmo acontece relativamente ao centro de saúde, com o seu programa de saúde materna e saúde infantil, temos uma enfermeira que está só com as grávidas de todas as equipas e, portanto, também faz essa sinalização.” (P3:S1)

As Comissões de Proteção de Crianças e Jovens aparecem igualmente com um papel ativo na sinalização das crianças com risco ambiental:

“Essa articulação entre a comissão de proteção de crianças, entre a equipa do Rendimento Social de Inserção, sempre que há problemática disfuncional ou multiproblemática nas famílias, costuma ser sinalizada”. (P8:S2)

Intervenção Precoce na Infância:
Uma Abordagem ao Risco Ambiental na Região Autónoma dos Açores

No que concerne ao plano de intervenção para as situações identificadas com risco ambiental, ressaltou a grande dificuldade no trabalho com estas famílias, exigindo uma grande articulação intraequipa e com a comunidade, com os recursos formais e informais, nomeadamente com as CPCJ:

“A dificuldade é tratar mesmo do trabalho e envolver a família, para que a família ganhe competências.” (P3:S1)

“(…)a família não deixa intervir e não está recetiva a que vamos a casa, não nos abre a porta. A nossa conquista tem sido cá, nomeadamente no centro de saúde, nesta sala, noutra ambiente para conquistar a família primeiro para depois fazer uma abordagem em casa.” (P7:S5)

“(…)é um plano de intervenção que tem de ser feito com muita articulação, na equipa internamente, trabalhando em conjunto os vários técnicos e os vários saberes, e depois muita articulação também com a comunidade e, portanto, com o que está lá fora, com os recursos que temos, com os serviços que já acompanham a família.” (P5:S2)

A importância da avaliação num momento prévio à intervenção foi salientada, bem como a nomeação de um gestor de caso para o trabalho efetivo em prol do desenvolvimento da criança e da família:

“Todos estes riscos devem ser avaliados de maneiras diferentes, ou seja, não quer dizer que as crianças de risco ambiental sejam avaliadas da mesma maneira porque os riscos acabam por se diferenciar, e o sucesso do seu desenvolvimento persiste na definição do risco e na forma como é trabalhado este risco.” (P5:S2)

“Após a sinalização, há uma avaliação por parte da equipa e é nomeado um gestor de caso. É feita uma primeira visita domiciliária em que se faz uma avaliação quer da família quer da criança. Esta avaliação não é feita só na primeira visita... é um tempo relativo, não existe um limite de tempo, e após esta avaliação é estabelecido um plano de atuação quer com a criança quer com a família.” (P5:S2)

“(…)perceber a dinâmicas daquela família, quais são as necessidades, ver onde a família já está inserida, se já está inserida no RSI, na CPCJ e articulamos com estas entidades para não haver sobreposição de técnicos e de intervenções.” (P6:S5)

“A nível da saúde, geralmente faço a avaliação de desenvolvimento psicomotor com escala apropriada.” (P6:S5)

“Aqui, nestas famílias, o trabalho, o plano da educadora é normalmente muito importante porque, enquanto em alguns casos, a família tem competências, por vezes não há necessidade da educadora ir ao domicílio. Nestas famílias [risco ambiental] é fundamental ir alguém que sirva de

Intervenção Precoce na Infância:
Uma Abordagem ao Risco Ambiental na Região Autónoma dos Açores

modelo no âmbito do criar e do educar. Às vezes, antes do educar é o próprio criar – a alimentação, a higiene, a satisfação dos cuidados básicos.” (P3:S1)

Os fatores de risco colocam grandes desafios ao desenvolvimento dos planos de intervenção, porque eles próprios podem envolver riscos para o trabalho dos técnicos:

“Há situações que verificamos haver risco para o trabalho com a educadora, então não podemos ir ao domicílio e mudamos para as unidades de saúde das freguesias: situações de consumos e tráfico e não há segurança na habitação, nem na família”. (P6:S3)

Todas as equipas foram consensuais, a IP pode contribuir para a minimização dos efeitos adversos que esses fatores podem exercer no desenvolvimento e que o técnico de IP tem uma posição privilegiada, de confiança, no seio familiar para aos poucos a ir modelando e alterando comportamentos:

“(…)quando estás a trabalhar com a criança e a mãe está a assistir, estás a educar a mãe”.(P6:S3)

“(…)esta intervenção no risco ambiental pode fazer toda a mudança. Embora eu ache que ainda existe um longo caminho a percorrer. Quem está por fora da Intervenção Precoce nunca associa a IP a risco ambiental.” (P7: S5)

É um desafio para os profissionais trabalhar com as famílias de riscos ambiental, mas o feedback de outros profissionais, nomeadamente os associados à educação, tem sido positivo:

“(…)no início do programa, e já lá vão alguns anos, eu questionava-me se realmente aquilo que estávamos a fazer valia a pena, se via depois resultados. E, os primeiros resultados que me vieram eu guardo com muito agrado porque vieram da própria escola, ou seja, havia um padrão que a escola tinha em relação aos meninos que tinham sido trabalhados na Intervenção Precoce em relação a outros que chegavam sem qualquer tipo de apoio .” (P8: S2)

“(…)posso acrescentar que o feedback, mais tarde, dos colegas da escola, é sempre muito positivo.” (P5:S2)

“(…)ainda não há, muitas vezes, é o reconhecimento da comunidade. Às vezes ainda é um estigma a criança estar na IP.” (P7:S5)

Por outro lado, manifestou-se igualmente que nem todos os casos são de sucesso e alguma cronicidade dos fatores de risco. As baixas competências familiares podem manter-se ao longo do tempo e verificar-se um ciclo geracional e cultural da pobreza e dos fatores de risco, daí a necessidade de trabalhar as competências parentais o mais cedo possível, antes ainda de serem pais: *“Outra coisa que queria impor é que temos casos que também não são de sucesso”*.(P3:S1); *“Mas fizemos alguma coisa nem que seja criado a resiliência.”* (P3:S1); *“(…)portanto tem que haver também alguma intervenção que possa ajudar estas crianças e famílias antes até de nascerem como referiu a colega do Nordeste.”* (P8:S2)

Capítulo IV. Discussão dos Resultados

Neste capítulo pretende-se analisar e discutir os resultados, confrontando-os com as questões da investigação e hipóteses colocadas e procurando comparar as nossas conclusões com as de outros investigadores.

Sendo nosso objetivo conhecer a realidade dos atuais programas de IPI da Região Autónoma dos Açores, questionamos **quais os critérios de elegibilidade adotados pelas várias equipas de Intervenção Precoce da RAA?**

Verificamos não existir uma homogeneidade de critérios nos 7 serviços analisados:

- o SIP de Angra de Heroísmo é o único serviço a não apoiar qualquer situação de risco estabelecido (quer isolados quer agregados com riscos ambientais);
- a equipa de IP da Povoação não apoia situações de risco ambiental - *“geralmente as crianças que são sinalizadas com risco ambiental, geralmente têm risco biológico associado”* (P6:S3);
- as equipas de Praia da Vitória e Ribeira Grande, não dão resposta a crianças com risco ambiental identificado, no entanto consideram elegível as situação de risco cumulativo (mais de 4 fatores risco ambientais identificados).

Estas últimas parecem reger-se pelas orientações definidas pelo Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) que, com base no Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de Outubro, considerou como critérios de elegibilidade para Intervenção Precoce todas as crianças que apresentem *«Alterações nas funções ou estruturas do corpo»* e as crianças com *«Risco grave de atraso de desenvolvimento»* que acumulem 4 ou mais fatores de risco biológico e/ou ambiental (anexo 3).

- os SIP de Ponta Delgada, Nordeste e Vila Franca do Campo apoiam todas as crianças em situação de risco estabelecido, biológico e ambiental (incluindo o risco cumulativo), reforçando que a tónica deve estar na preocupação com o desenvolvimento da criança: *“(…) desde que se veja que está em causa o desenvolvimento da criança ”* (P8:S2).

Da mesma forma Shonkoff e Phillips (2000), assim como Guralnick (2005), consideram que terá que existir uma característica comum a todas as crianças abrangidas pelos programas de IPI – a constatação de uma situação preocupante no seu desenvolvimento.

Podemos confirmar a disparidade de critérios de elegibilidade dos PIP da Região Autónoma dos Açores apesar da existência de regulamentação específica, daí a necessidade de constituição da Equipa de Coordenação Regional prevista na Portaria n.º 89/2012 de 17 de Agosto a quem compete potenciar, coordenar e uniformizar as iniciativas de IP na RAA.

Da revisão da literatura, percebemos como consensual a importância de iniciar o mais cedo possível os programas de IPI para uma maior eficácia da intervenção. De igual modo, as equipas participantes identificaram esta importância manifestando a utilidade de um trabalho interinstitucional articulado:

"(...) quando se sabe que há uma mãe e uma grávida, ainda enquanto grávida, é sinalizada nas reuniões de equipa de que a senhora tal está grávida. O mesmo acontece relativamente ao centro de saúde, com o seu programa de saúde materna e saúde infantil, temos uma enfermeira que está só com as grávidas de todas as equipas e, portanto, também faz essa sinalização. (P3:S1)".

Contrariamente ao observado num estudo nacional levado a cabo em 2003 por Bairrão e Almeida, que concluía que as situações de risco biológico e ambiental dificilmente eram detetadas pelos serviços dos cuidados de saúde primários, serviços de educação (escolas e jardins de infância) de segurança social (creches, jardins de infância, equipas de RSI), verificamos existir o reconhecimento do trabalho efetuado pelas equipas de Intervenção Precoce através da sinalização das crianças e famílias:

"A maior sinalização vem por parte do hospital, por parte das unidades de saúde, vem pelos serviços sociais locais, através, nomeadamente, das Unidades de Ação Social Local dos concelhos de Ponta Delgada e Lagoa e das próprias escolas e, às vezes, até individuais, da própria família." (P8:S2)

No que concerne à intervenção com as crianças identificadas com risco ambiental, foi possível identificar as fases do ciclo de Intervenção Precoce proposto por Simeonson e seus colaboradores (1996):

1. primeiros contatos com a famílias: *"É feita uma primeira visita domiciliária em que se faz uma avaliação quer da família quer da criança."* (P5:S2)

"a família não deixa intervir e não está recetiva a que vamos a casa, não nos abre a porta. A nossa conquista tem sido cá, nomeadamente no centro de saúde, nesta sala, noutra ambiente para conquistar a família primeiro para depois fazer uma abordagem em casa." (P7:S5)

2. avaliação multidisciplinar: *"Após a sinalização, há uma avaliação por parte da equipa e é nomeado um gestor de caso."* (P5:S2)

3. desenvolver o Plano Individualizado de Intervenção Precoce: *"Também efetuamos uma avaliação primária porque há situações que não conhecemos bem, é estabelecido o plano."* (P6:S3)

4. implementação e monotorização dos serviços:

"(...)é um plano de intervenção que tem de ser feito com muita articulação, na equipa internamente, trabalhando em conjunto os vários técnicos e os vários saberes, e depois muita articulação também com a comunidade e, portanto, com o que está lá fora, com os recursos que temos, com os serviços que já acompanham a família." (P5:S2)

"Aqui, nestas famílias, o trabalho, o plano da educadora é normalmente muito importante porque, enquanto em alguns casos, enquanto a família tem competências, por vezes não necessidade da educadora ir ao domicílio, nestas famílias é fundamental ir alguém que sirva de modelo no âmbito do criar e do educar. Às vezes, antes do educador é o próprio criar – a alimentação, a higiene, a satisfação dos cuidados básicos." (P3:S1)

5. avaliação de resultados: *"(...) o sucesso do seu desenvolvimento persiste na definição do risco e na forma como é trabalhado este risco."* (P5:S2); *"(...) o feedback, mais tarde, dos colegas da escola, é sempre muito positivo."*(P5:S2)

Nos primeiros contatos com a família, verificámos que estes podem ser dificultados pelos próprios fatores de risco ambientais, principalmente no que concerne à definição da participação da família na intervenção ou ao local onde esta intervenção vai ocorrer.

A figura do coordenador de serviços está contemplada nos SIP. Apesar da forte expressão das situações de risco ambiental (n=120), são os educadores de infância e educadores de infância com formação especializada em educação especial que se evidenciam como coordenadores de serviço, suportando 46.7% e 14.9% das crianças/família atendidas no âmbito dos SIP.

Sendo a participação familiar fundamental em todas as fases de intervenção, parece-nos que esta pode estar a ser esquecida neste processo, uma vez que não foram encontradas referências ao papel da família na intervenção. Pelo contrário, a família é patenteada como obstáculo à intervenção, como verificamos na asserção: "*a dificuldade é tratar mesmo do trabalho e envolver a família, para que a família ganhe competência*" (P3:S1).

A ideia é corroborada por Tegethof (2007), que revela nos resultados da sua análise que, nas situações de risco ambiental e/ou com famílias desestruturadas, os profissionais de IPI manifestam uma maior dificuldade em responder, salientando a dificuldade no envolvimento das famílias para uma intervenção centrada na família. Sameroff et al., 1987 (*cit. in* Guralnick, 1998) consideram um desafio a intervenção preventiva com as crianças em alto risco ambiental e a necessidade dos técnicos de IPI estarem preparados para trabalharem com a diversidade e complexidade das famílias.

As situações de risco ambiental implicam respostas com uma forte componente sistémica, direcionada, especialmente, para o apoio à família na resolução dos seus problemas básicos, na capacitação e fortalecimento individual e familiar.

Questionamos então qual o papel do assistente social nas equipas transdisciplinares de intervenção precoce? Atendendo ao elevado número de crianças em situação de risco ambiental identificadas pelos SIP da RAA, terão as equipas recursos humanos, nomeadamente os sociais, para responder às necessidades identificadas pelas crianças/famílias? Por outro lado, que dificuldades sentem e como respondem os educadores de infância, coordenadores da maioria dos casos, aos fatores de risco ambientais?

Na última fase contemplada, a avaliação, permanece a dúvida de como estão a ser calculadas a frequência, intensidade e qualidade dos serviços prestados às famílias de risco ambiental.

Na segunda questão formulada para o presente estudo - **quais os fatores de risco ambientais com maior prevalência nas crianças apoiadas no âmbito dos Programas de Intervenção Precoce dos Açores?** - aferimos que nos fatores risco parentais sobressai os **maus tratos passivos**, de que são exemplo a negligência nos cuidados básicos de saúde, alimentação, higiene e educação (32,2%); nos fatores de

risco contextuais predominam a **pobreza** (beneficiários de RSI, banco alimentar, apoios da ação social ou prestações de desemprego (60,6%) e a **desorganização familiar** - conflitualidade, negligência da habitação a nível da organização do espaço e higiene (33,9%). No geral, podemos afirmar que os fatores de risco contextuais prevalecem sobre os fatores de risco parentais.

Nos fatores de risco encontrados de forma consistente em vários estudos (Gutman, et al., 2002 *cit. in* Nunes & Cruz, 2008), destaca-se a desvantagem económica, considerada um dos fatores que mais pode comprometer o desenvolvimento das crianças, por estar relacionado com outros fatores do foro familiar (Ackerman, Izard, Schoff, Youngstrom & Kogos, 1999; Sameroff, Seifer, Baldwin & Baldwin, *cit. in* Nunes & Cruz, 2008).

Partindo deste enquadramento teórico, Nunes e Cruz (2008), pretendendo analisar os efeitos de múltiplos fatores de risco do contexto familiar, em dois momentos no tempo, no desenvolvimento cognitivo de crianças em idade pré-escolar, concluíram existir estabilidade da maioria dos fatores de risco entre os dois momentos, à exceção da *monoparentalidade ou não viver com ambos os progenitores* bem como a *ocupação desqualificada da mãe* que apresenta uma tendência crescente do M1 para o M2. As investigadoras concluíram ainda que a ação de cada fator de risco é mais pertinente na interação com outros fatores de risco, estando o seu poder dependente da acumulação de fatores de risco na vida das famílias.

A investigação tem permitido concluir que o ambiente familiar exerce uma influência importante no desenvolvimento das crianças. Variados estudos têm documentado, igualmente, a relação existente entre algumas características da família, como o nível educacional, o estado civil e o estatuto profissional dos pais e o rendimento familiar, e a qualidade do ambiente familiar (Goelman, 1988; Lozoff et al., 1995; Peisner-Feinberg & Burchinal, 1997; Burchinal *et alii.*, 2000 *cit. in* Nóbrega, 2005).

Partindo dessa premissa, indagamos- **Qual a relação entre os fatores de risco ambientais e os padrões de interação familiares?** – procurando verificar a associação entre os fatores de risco e a qualidade das transações entre pais e filhos, as experiências proporcionadas pela família e as condições de saúde e segurança.

Na resposta à primeira hipótese operacional da investigação - **Quanto maior for a presença dos fatores de risco menor será a qualidade das transações entre pais e filhos** - confirmamos a existência de uma associação negativa entre a presença dos fatores de risco e a qualidade das transações entre pais e filhos ($r_s = -.325$; $p = .001$). Ou seja, quanto maior for o número de fatores de risco menor a qualidade das transações entre pais e filhos.

As descobertas de outros estudos consolidam a relação existente entre as dimensões desenvolvimentais da criança e as transações pais-filhos (Bornstein & Tamis-LeMonda, 1989; Landry, Smith, Miller-Loncar, & Swank, 1997; Landry, Smith, Swank, & Miller-Loncar, 2000; Lewis & Goldberg, 1969; Tomasello & Farrar, 1986; Wood, 1998 *cit. in* Guralnick, 2006).

As características dos padrões de interação familiar que parecem apoiar o bom desenvolvimento envolvem respostas contingentes, reciprocidade, interações afetivamente calorosas e não intrusivas, estruturação apropriada e um ambiente baseado no discurso entre a criança e os seus principais cuidadores (Baumrind, 1993; Clarke-Stewart, 1988; Dumas & LaFreniere, 1993; Hart & Risley, 1995; Lewis & Goldberg, 1969; Pratt, Kerig, Cowan & Cowan, 1998; Wachs, 1992; Wachs & Gruen, 1982 *cit. in* Guralnick, 2006).

Em relação à organização, por parte da família, de experiências com o ambiente físico e social da criança, nomeadamente a variedade e qualidade dos brinquedos fornecidos, ambiente estimulante e frequência de contatos com crianças, familiares, amigos dos pais e outros grupos de pessoas nas crianças identificadas, e respondendo à segunda hipótese - **Quanto maior for a presença dos fatores de risco menor será a qualidade das experiências** – a análise efetuada não indicou existir associação estatisticamente significativa ($r_s = .015$, $p = .89$).

No entanto, a literatura mostra que o brincar é assumido como fundamental ao desenvolvimento da criança. Enquanto brincam, as crianças apreendem tradições, regras e políticas dominantes na sua cultura (Sutton-Smith, 1997 *cit. in* Pimenta, 2012), promovem o desenvolvimento cognitivo, motor, social e emocional (Bruner, 1972; Dunn, 2010; Elias & Berk, 2002; Hartup, 1996; Johnson, Christie & Yawkey, 1999; Yawkey, 1984 *cit. in* Pimenta, 2012); por outro lado, o modo como brincam com os

outros influencia a aceitação ou rejeição social (Black & Hazen, 1990; Ladd & Price, 1993; Ladd, Price, & Hart, 1988; 1990 *cit. in* Pimenta, 2012) o desenvolvimento de amizades e a inclusão em subgrupos afiliativos que, por sua vez, promovem outros aspetos do desenvolvimento socio emocional e sociocognitivo (Pimenta, 2012).

Apesar de não conseguirmos afirmar a hipótese colocada, analisando o estudo levado a cabo por Pimenta (2012), que estudou a relação entre as variáveis sociodemográficas (idade e habilitações literárias dos pais, tempo despendido no emprego, sexo e idade das crianças, para além do número de horas passadas na instituição) e a competência social ou a qualidade do brincar das crianças, podemos verificar que a maiores habilitações literárias maternas, corresponde uma maior qualidade do brincar das crianças, do ponto de vista de ambos os pais. As mães parecem estar mais despertas para a importância de brincar no desenvolvimento das suas crianças (Monteiro, Veríssimo, Castro, & Oliveira, 2006 *cit. in* Pimenta, 2012), pelo que tenderão a facilitar as condições necessárias a uma maior quantidade e qualidade do tempo relacionado com este contexto. Da mesma forma, outros trabalhos despertaram para a associação entre o estatuto educativo dos pais e um maior envolvimento paterno (Dauber & Epstein, 1993; Stevenson & Baker, 1987 *cit. in* Pimenta, 2012).

No que concerne à terceira hipótese colocada no âmbito do nosso estudo - **Quanto maior for a presença dos fatores de risco menores serão as condições de saúde e de segurança** - comprovamos existir uma correlação negativa entre o número de fatores de risco presentes na família e as condições de saúde e segurança por esta providenciadas ($r_s = -.327$; $p = .001$). Isto é, as *condições de saúde e segurança* diminuíram à medida que o número de fatores de risco ambientais presentes aumentou.

A saúde da criança, numa perspetiva de saúde preventiva, possibilita a criança a tirar o máximo partido de outros fatores de desenvolvimento presentes nos padrões de interação familiar descritos por Guralnick (1998). Da mesma forma, mas com uma complexidade diferente, uma nutrição adequada é fundamental para o desenvolvimento da competência intelectual (Georgieff & Rao, 1999; Gorman, 1995; Lozoff, De Andraca, Castillo, Smith, Walter, & Pino, 2003 *cit. in* Guralnick, 2005). Por outro lado, a segurança parece exercer alguma influência na competência social da criança e desenvolvimento intelectual (Guralnick, 2005).

No que concerne à última questão formulada para o presente estudo - **Que importância é atribuída pelos atuais Programas de Intervenção Precoce aos fatores de risco ambientais?** – atestamos que a generalidade das equipas considera importante a intervenção com crianças e famílias em situação de risco ambiental - “(...) *esta intervenção no risco ambiental pode fazer toda a mudança*”. (P7: S5); os resultados desta intervenção parecem não ser tão imediatos, emergindo muitas vezes após a integração da criança na escola:

“No início do programa, e já lá vão alguns anos, eu questionava se realmente aquilo que estávamos a fazer valia a pena, se havia depois resultados. E, os primeiros resultados que me vieram, eu guardo com muito agrado, vieram da própria escola. Ou seja, havia um padrão que a escola tinha em relação aos meninos que tinham sido trabalhados na Intervenção Precoce em relação a outros que chegavam sem qualquer tipo de apoio” (P8:S2).

Este impacto positivo dos serviços de intervenção precoce sobre os padrões de interação pais-filhos e, conseqüentemente, no desenvolvimento das crianças, é também verificado no estudo desenvolvido por Novais (2000).

A autora, pretendendo analisar como os pais de uma comunidade de risco ambiental (baixo nível de escolaridade e baixo estatuto profissional e socioeconómico) interagem com os seus filhos, avaliou, antes e depois da intervenção, as interações das díades e o desenvolvimento das crianças, com recurso a Parent/Caregiver Involvement Scale (P/CIS) de Farran, Kasari, Comfort-Smith & Jay (1986) e Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths (1970), respetivamente. Os resultados da investigação indicam que a qualidade e a adequação das interações melhoram com a intervenção e que os programas centrados no processo interativo pais-criança contribuem para a melhoria dos resultados desenvolvimentais das crianças, sobretudo ao na área da linguagem e da realização cognitiva.

Partindo desta evidência - a importância dos Programas de Intervenção Precoce na melhoria das interações familiares e consequentes efeitos positivos no desenvolvimento das crianças – parece-nos oportuno afirmar a necessidade de intensificação dos SIP na RAA:

- a nível local, através da divulgação e sensibilização dos serviços comunitários para a importância da sinalização precoce das crianças/famílias em situação de risco ambiental; no reforço das equipas técnicas de IP, quer no aumento de

número de técnicos designados para integrar a equipa, quer na diversificação da formação dos técnicos, sendo fundamental reforçar as equipas com profissionais da área social e da saúde, e ainda na formação especializada destes técnicos em modelos de prevenção e de intervenção com crianças em situação de risco ambiental;

- a nível regional, pela necessidade de implementação de serviços de IPI em todas as ilhas da RAA e criação de grupo de coordenação regional cuja missão passa pela divulgação e uniformização de práticas de IP.

Nas principais limitações da nossa investigação constam a não validação prévia do questionário e o tamanho reduzido da amostra para efeitos de validação de instrumentos (<100). Foi realizado um conjunto de análises de validação para o Questionário de Avaliação dos Padrões de Interação Familiar. Verificou-se uma boa sensibilidade e um bom índice de fidelidade, principalmente nas primeiras duas subescalas.

Relativamente à análise factorial, forçou-se a existência de 3 fatores/subescalas, mantendo-se a estrutura criada inicialmente pela investigadora. Contudo, o modelo de componentes principais apresenta valores que sugerem alterações na estrutura do questionário. Por exemplo, vários itens da terceira subescala “condições de saúde e segurança” saturam noutro fator diferente e outros item apresentam valores de saturação inferiores aos aceitáveis. Em suma, os resultados obtidos indicaram alguns itens problemáticos em relação à sensibilidade, saturação factorial e fidelidade.

Neste sentido, é necessário num estudo futuro ponderar a sua eliminação ou reformulação, de forma a melhorar a qualidade psicométrica deste instrumento.

Outra limitação é o tipo de amostra, nomeadamente a amostra por conveniência. Apesar da nossa amostra corresponder ao SIP com maior número de casos apoiados na RAA, não há efetiva garantia que a amostra seja convenientemente representativa do universo estudado.

Conclusões

Da revisão da literatura efetuada foi possível definir Intervenção Precoce como um conjunto coordenado de serviços de saúde, educação e ação social que visam responder às necessidades específicas da criança e da família em risco estabelecido, biológico ou ambiental, desde a deteção dos fatores de risco até aos cinco/seis anos, com o objetivo de promover a saúde e desenvolvimento da criança e o bem-estar familiar. Engloba desta forma os três tipos de prevenção no desenvolvimento da criança – primária (procurando evitar que ocorrem os problemas), secundária (evitando o agudizar dos eventuais problemas) e terciária (numa perspetiva remediativa).

Vários estudos indicam que o desenvolvimento da criança depende do contexto familiar onde a criança está inserida.

O estudo desenvolvido foi conduzido no pressuposto de que o conhecimento das circunstâncias ambientais das crianças e famílias pode contribuir para a definição de estratégias preventivas. Assim, uma maior valorização das práticas de IP nas crianças identificadas com risco ambiental, pode resultar numa crescente sinalização eficaz e atempada dos casos elegíveis

Pretendeu-se caracterizar os serviços de intervenção precoce da RAA e, fundamentalmente, avaliar a relação entre o número de fatores de risco identificados e a qualidade dos padrões de interação familiar das crianças apoiadas por estes.

Encontramos importantes assimetrias no terreno, a que correspondem práticas e níveis de organização diversificados nos Serviços de Intervenção Precoce dos Açores, carecendo, portanto, de uma coordenação a nível regional à semelhança do sucedido em Portugal Continental.

Em geral, os resultados deste estudo apresentam evidências da relação negativa entre os fatores de risco ambientais e a qualidade dos padrões de interação familiar, ou seja, aumentando o número de fatores de risco verificamos um empobrecimento dos padrões de interação familiar.

Parece-nos interessante afirmar a importância da implementação paralela de intervenções com os pais que visem contribuir para a minoração dos fatores de risco, e ações que permitam a modificação dos aspetos envolvidos na interação familiar.

Pensamos que a investigação possibilitará o desenvolvimento de políticas de família que fomentem o pleno exercício das responsabilidades e competências parentais e sejam capazes de prevenir e apoiar as situações de risco e vulnerabilidade, rompendo com os tradicionais ciclos familiares de pobreza e disfuncionalidade, e concebendo resiliência nas crianças.

Considerando a falta de estudos na área da intervenção precoce e do risco ambiental no contexto da Região Autónoma dos Açores, deixamos aqui o desafio a outros investigadores para complementarem os resultados do presente estudo, voluteando respostas associadas à intervenção nas situações de risco ambiental (centrada na família ou na criança? estratégias adotadas?); relacionadas com os contextos de intervenção (a intervenção em contextos mais especializados, afastando a criança de um ambiente familiar menos propício, poderá promover melhores resultados desenvolvimentais?); ou refletindo sobre a idade ideal para iniciar um programa individualizado de intervenção precoce (será possível iniciar ainda antes da criança nascer?).

Referências bibliográficas

Abreu, J.F. (2008). *O conhecimento e a atitude face à saúde sexual e reprodutiva: um estudo correlacional em estudantes universitários*. Tese de Mestrado em Educação, Universidade de Lisboa, pp.103-122

Abreu-Lima, I. (2003). *Cenários de educação e desenvolvimento: o meio familiar e o seu impacto na educação e desenvolvimento da criança*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade do Porto: Dissertação de doutoramento não publicada.

Albuquerque, P. *et alii* (2001). Análise do Desempenho DE Crianças em Risco Ambiental na WPPSI-R, *Revista Galego-portuguesa de Psicologia e Education*, n.º5 (vol. 7), Ano 5.º, pp.193 - 202

Almeida, I.C. (2004). Intervenção Precoce: Focada na Criança ou Centrada na Família e na Comunidade, *Análise Psicológica*, 1 (XXII): 65-72.

Almeida, I.C. (2010). O Modelo de Intervenção Centrado na Família: Da Teoria à Prática. *Revista Diversidades*, N.º 27, Trimestral, Janeiro-Março, pp. 12-16, disponível a 6-05-2011 em: <http://www.madeira-edu.pt/dreer>

Bairrão, J., Almeida, I. (2003) Questões Atuais em Intervenção Precoce. *Psicologia*, Vol. Xvii (1), pp. 15 – 29.

Bairrão, J. (2006). "MAYDAY MAYDAY" - Intervenção Precoce. *Jornal de Letras*, Novembro- Dezembro.

Bairrão, J., Felgueiras, I. (1978) Contribuição para o Estudo das Crianças em Risco. *Análise Psicológica*, Vol. 1, N° 4 (Julho 1978), pp. 31-39.

Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Presses Universitaires de France. Traduzido por Reto L. Pinheiro A., Edições 70.

Benard, B. (1993) Fostering Resilience in Kids. *Educational Leadership*, Novembro, pp.44-48. Disponível a 14-05-2011 em:

<http://kaching.sw.hku.hk/Workshop%20Notes/Resiliency/Foster%20Resiliency.pdf>

Benn, R. (1993). Conceptualizing Eligibility for Early Intervention Services. In: Bryant, D.M. (Ed); Graham, M.A. (Ed), (1993). *Implementing early intervention: From research to effective practice*, Guilford Press, New York. (pp. 18-45)

Braverman, M.T., Meyers, J.M., Bloomberg, L. (1994). For children facing adversity: How youth programs can promote resilience. *California Agriculture*, vol 48, n.º 7, pp. 30-32. Disponível a 6-05-2011 em:

<http://californiaagriculture.ucanr.org/landingpage.cfm?article=ca.v048n07p30&fulltext=yes>

Bricker, D. (2001). The natural environment: A useful construct? *Infants & Young Children*. 13(4), 21-31.

Bronfenbrenner, U. (2005). Bioecological theory of human development. In U. Bronfenbrenner (Ed.) *Making human being human: Bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc..

Bruder, M.B. (2010). Early Childhood intervention: a promise to children and families for their future. *Exceptional Children*, 76 (3), pp. 339-355.

Caldwell, B.M., Bradley, R.H. (2001) HOME Inventory Administration Manual – 3ªed., Little Rock, AR: University of Arkansas traduzido por Paula, M.V. (2004).

Canhão, A.M. (2007). Modelo Ecológico de Avaliação e Intervenção nas Situações de Risco e de Perigo para a Infância. *Pretextos. Revista do Instituto de Segurança Social, I.P.* n.º28, Dezembro 2007, trimestral. pp. 10-12

Cara-Linda, M.A. (2007). *Abordagem centrada na família: Avaliação de práticas num projecto de intervenção precoce*. Tese de Mestrado em Psicologia Educacional. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Carvalho, O. (2011) *De pequenino se torce o destino. O valor da intervenção precoce*. Livpsic, Livpsic – Psicologia, Porto

Cruz, O. (2006) A escala de avaliação do ambiente familiar: comparação dos resultados observados com duas versões da HOME. *Atas da XI conferência internacional de*

avaliação psicológica: formas e contextos, ed. Carla Machado, et al.. - Braga : Psiquilibrios, - pp. 673-681

Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 de Outubro

Decreto Legislativo Regional n.º15/2006/A, de 7 de Abril

Despacho Conjunto 891/99 de 18 de Outubro

Dunst, C. J. (2007). Early intervention for infants and toddlers with developmental disabilities. In: Odom S. *et alii*, *Handbook of developmental disabilities* New York: Guilford, pp. 161-180.

Dunst, C.J., Bruder, M.B. (2002). Valued Outcomes of Service Coordination, Early Intervention, and Natural Environments. *Exceptional Children* Vol. 68, Nº3, 361-375.

Dunst, C.J., Trivette, C.M. (2005). Characteristics and Consequences of Family-Centered Helpgiving Practices in Early Childhood and Family Support Practices. *Casemakers*, Vol.1, N.º6, Junho, Center for the Advanced Study of Excellence, Disponível 8-05-2011 em:

http://www.fippcase.org/casemakers/casemakers_vol1_no6.pdf

Dunst, C.J., Trivette, C.M. (2009). Meta-Analytic Structural Equation Modeling of the Influences of Family-Centered Care on Parent and Child Psychological Health. *International Journal of Pediatrics*, Volume 2009, Hindawi Publishing Corporation. Disponível 9-05-2011 em:

<http://downloads.hindawi.com/journals/ijped/2009/576840.pdf>

Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Mott, D. W. (1994). Strengths-based family centered intervention practices, In C. J. Dunst, C. M. Trivette, & A.G. Deal (Eds) *Supporting and strengthening families: Volume 1: Methods, strategies, and practices*, pp. 115-131

EADSNE (2010). *Intervenção Precoce na Infância - Progressos e Desenvolvimentos 2005–2011*, European Agency for Development in Special Needs Education, Disponível a 14-05-2011 em: www.european-agency.org

Espe-Sherwindt, M. (2008). Family-centred practice: collaboration, competency and evidence. *Support for Learning*, Vol. 23, N.º 3, Blackwell Publishing, USA. Disponível a 10-05-2011 em: <http://familieswiki.pbworks.com/f/Family-Centred+Practice.pdf>

Ferreira T., Abreu-Lima, I. (2010). *Responsividade Materna: contributo para a avaliação*. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia Universidade do Minho, Portugal, 4 a 6 de Fevereiro. Disponível a 1-6-2011 em: http://www.actassnip2010.com/conteudos/actas/avalpsi_23.pdf

Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*. London: SAGE publications Ltd, 3rd Edition.

Franco, V. (2007). Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipe em intervenção precoce. *Interação em Psicologia*, Vol. 1, N.º 11, pp. 113-121. Disponível a 10-05-2011 em: <http://rdpc.uevora.pt/handle/10174/1331>

Frey, A. *et alii* (2006) A Pilot Study Examining the Social Validity and Effectiveness of a Positive Behavior Support Model in Head Start. *School Social Work Journal*, Vol 30, N.º2, Primavera 2006, pp. 23-44.

Galego, C. Gomes, A. (2005) Emancipação, ruptura e inovação: o “*Focus Group*” como instrumento de investigação. *Revista Lusófona de Educação*, N.º 5, pp. 173-184

Garbarino, J. Ganzel, B: (2000) The Human Ecology of Early Risk. In: Meisels, S.J. e Shonkoff, J.P. *Handbook of Early Childhood Intervention*. 2^a Edição, Cambridge University Press, United Kingdom, pp. 76.

Guerra, I. (2000). *Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Ação - o planeamento em ciências sociais*. Cascais, Principia

Guimarães, R. C. Cabral, J. A. (1997). *Estatística*. McGraw-Hill, Lisboa.

Guralnick, M. J. (1998). Effectiveness of Early Intervention for Vulnerable Children: A Developmental Perspective. *American Journal on Mental Retardation*, American Association on Mental Retardation, Vol. 102, Nº 4, pp. 319-345.

Guralnick, M. J. (2005). Inclusion as a core principle in the early intervention system. In M. J. Guralnick (Ed.), *The developmental systems approach to early intervention*. Baltimore: Brookes, pp. 59 – 69. Disponível a 20-05-2011 em:

http://depts.washington.edu/chdd/guralnick/research_earlychildhood.html

Guralnick, M.J. (2006). Family Influences on Early Development: Integrating the Science of Normative Development, Risk and Disability, and Intervention. In K. McCartney & D. Phillips (Eds.), *Handbook of early childhood development*. Oxford, UK: Blackwell Publishers (pp. 44-61).

Guralnick, M. J (2011). Why Early Intervention Works. A Systems Perspective. *Infants and Young Children*, Vol. 24, N.º 1, pp. 6-28.

Hill, M. & Hill, A. (2009). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo

King, G. *et al* (2009). The Application of a Transdisciplinary Model for Early Intervention Services. *Infants & Young Children*. Vol.22, N.º3, pp. 211-223. Disponível a 15-05-2011 em: http://depts.washington.edu/isei/iyc/22.3_King.pdf

Lei n.º 147/1999, de 1 de Setembro - Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, alterada pela Lei n.º 31/2003, de 22 de Agosto

Lerner, R.M. (2005). Foreword. In: Brofenbrenner, U..*Making Human Beings Human – Biological Perspectives on Human Development*. Editado por Urie Brofenbrenner, California, pp. xvii – xxvi.

McWilliam, P.J., Winton, P.J. e Crais, E.R. (2003). *Estratégias Práticas para Intervenção Precoce Centrada na Família*. Porto, Porto Editora Lda., pp. 10 – 20 e pp. 112 – 136.

Martins, P.C. (2004). *Protecção de Crianças e Jovens em Itinerários de Risco. Representações Sociais, modos e espaços*. Tese de Doutoramento em Estudos da Criança apresentada à Universidade do Minho.

Meisels, S.J. e Shonkoff, J.P.(2000). Early Childhood Intervention: a continuing evolution. In: Meisels, S.J. e Shonkoff, J.P. *Handbook of Early Childhood Intervention*. 2ª Edição, Cambridge University Press, United Kingdom, pp. 3-17.

Mendes, M. E. (2010). *Avaliação da Qualidade em Intervenção Precoce, Práticas no Distrito de Portalegre*, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Tese de Doutoramento.

Nóbrega, M.M. (1998). *Subsídios para o estudo da Noção de Crianças em Risco Ambiental*. Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Educação da Criança, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto.

Nóbrega, M.M. (2005). *Vulnerabilidade e Resiliência no Desenvolvimento dos Indivíduos: Influência da Qualidade dos Contextos de Socialização no Desenvolvimento das Crianças*. Dissertação de Doutoramento apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto

Novais, I.M. (2000). *Estudo do Impacto da Qualidade das Interações Pais-Crianças no Desenvolvimento da Criança: Implementação de um Programa numa População de Risco Ambiental*. Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e da Educação da Criança na especialidade de Intervenção, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto

Nunes, C. & Cruz, O. (2008). O efeito cumulativo do risco no desenvolvimento da criança. In P. C. Martins (Org.) *Infâncias Possíveis, Mundos Reais*. Braga, Portugal.

NVivo. *Visão geral do NVivo - Software de suporte para pesquisa de métodos qualitativos e mistos*. Disponível a 6-06-2013 em: <http://download.qsrinternational.com/Resource/NVivo10/NVivo-10-Overview-Portuguese.pdf>

Patrício, J. , Calheiros, M. (2011). Construção e Validação de um Instrumento de Avaliação de Necessidades de Jovens em Acolhimento Residencial. In: Calheiros, M. Garrido, M., Santos, S. *Crianças em Risco e Perigo – Contextos, Investigação e Intervenção*, Vol.1, Edições Silabo, pp. 127- 163.

Pereira, A.P., Serrano, A. M. (2009) Práticas Centradas na Família em Intervenção Precoce: um Estudo Nacional sobre Práticas Profissionais. *Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia*. Braga, Universidade do Minho, pp.4589-4604.

Pereira, P., Santos, S. (2011) *Conceptualização de Situações de Mau Trato- da Lei de Protecção à Avaliação Psicossocial*. In: Calheiros, M. Garrido, M., Santos, S. *Crianças em Risco e Perigo – Contextos, Investigação e Intervenção*, Vol.1, Edições Silabo, pp. 16-31.

Pimenta, M.J. (2012). *Caracterização do Envolvimento Parental em Famílias Bi-Parentais de Crianças a Frequentar o Jardim de Infância Pré-Escolar*. Tese de Doutoramento em Psicologia Educacional apresentada ao ISPA – Instituto Universitário.

Pimentel, J. (2005). *Intervenção focada na família: desejo ou realidade*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Poletto, M., Koller, S. H. (2008). Contextos Ecológicos: promotores de resiliência, factores de risco e de protecção. *Estudos de Psicologia*, Campinas, 25 (3), Jul-Set, pp. 405-416. Disponível a 20-05-2011 em:

http://www.cech.ufscar.br/ppgees/selecao2011/bibliografia2011/linha4/TEXT0_POLETT0_%20E_%20KOLLER.pdf

Portaria n.º66/99, de 19 de Agosto

Portaria n.º 89/2012, de 17 de Agosto

Ribeiro, M.C., Sani, A.I. (2009). Risco, Protecção e Resiliência em Situações de Violência. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, Edições Universidade Fernando Pessoa, Porto, ISSN-1646-0480, 6, pp. 400-407.

Reis, V. (2009). *Crianças e Jovens em Risco (Contributos para a organização de critérios de avaliação de factores de risco)*. Tese de Doutoramento em Psicologia Clínica apresentada à Universidade de Coimbra.

Ruivo J.B., Almeida I.C. (2002) *Contributos para o Estudo de Práticas de Intervenção Precoce em Portugal*. Departamento de Educação Básica, Núcleo de Orientação Educativa e Educação Especial, Ministério da Educação, Portugal.

Santos, L. (2004). Qualidade do Ambiente Doméstico, estado nutricional e desenvolvimento na primeira infância. Dissertação de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia.

Sameroff, A. (2010). A Unified Theory of Development: A Dialectic Integration of Nature and Nurture. *Child Development*, Vol 81, N.º 1, Janeiro/Fevereiro, pp. 6-22.

Serrano, A.M. (2009). Contributos da intervenção precoce para as crianças em risco ambiental. *Rediteia*. Porto : REAPN/Portugal, N.º 43 (Jan./Jun), pp. 45-48

Serrano, A.M., Boavida, J. (2011). Early Childhood Intervention The Portuguese pathways towards inclusion. *Revista Educación Inclusiva*, vol. 4 , N.º1, pp.123-138.

Shonkoff, J.P. (2009). Investment in Early Childhood Development Lays the Foundation for a Prosperous and Sustainable Society. *Encyclopedia on Early Childhood Development*. Dezembro 2009, disponível a 21-07-2013 em <http://www.child-encyclopedia.com/documents/ShonkoffANGxp.pdf>

Shonkoff, J., Phillips, D. (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. Washington, DC: National Academy Press.

Tegethof, M. I. (2007). *Estudos sobre a Intervenção Precoce em Portugal: Ideias dos Especialistas, dos Profissionais e das Famílias*. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto

Xavier, M.R.; Quelhas, M.M. (2004). Crianças e risco ambiental: abordagem de um grupo de crianças. *Cadernos de Estudo*. Porto: ESE de Paula Frassinetti. n.º 1 (2004), pp. 39-46. Disponível a 10-05-2011 em: <http://purl.net/esepef/handle/10000/88>

Xavier, M. R.; Ferreira, M.E. (1999). Quando em vez de um bom começo há uma falsa partida...: uma abordagem do risco. *Saber e Educar*. N.º4, pp.51-59. Disponível a 7-05-2011 em: <http://purl.net/esepef/handle/10000/217>

Intervenção Precoce na Infância:
Uma Abordagem ao Risco Ambiental na Região Autónoma dos Açores