



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**A Identidade Profissional dos Psicólogos na
Intervenção Precoce**

Cátia Fabiana Mendes Câmara Abreu

Orientação: Prof. Doutor Vítor Franco

Mestrado em Psicologia

Área de especialização: Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação

Évora, 2014



ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**A Identidade Profissional dos Psicólogos na
Intervenção Precoce**

Cátia Fabiana Mendes Câmara Abreu

Orientação: Prof. Doutor Vítor Franco

Mestrado em Psicologia

Área de especialização: Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação

Évora, 2014

| | |
|--|------|
| Índice | |
| Agradecimentos | V I |
| Resumo | VIII |
| Abstract | X |
| Introdução | 1 |
| | |
| I – Enquadramento Teórico | 5 |
| 1. Intervenção Precoce | 7 |
| 1.1. Definição e Objectivos da Intervenção Precoce | 7 |
| 1.2. Perspectiva Histórica e Origens da Intervenção Precoce | 9 |
| 1.3. Intervenção Precoce em Portugal | 12 |
| 1.3.1. Intervenção Precoce no Alentejo | 16 |
| 1.4. Bases Teóricas de Intervenção Precoce | 18 |
| 1.4.1. Estudos sobre o Desenvolvimento Infantil | 19 |
| 1.4.2. Perspectiva das Neurociências | 23 |
| 1.4.3. Teorias Contextuais e Sistémicas | 26 |
| 1.4.3.1. Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner | 26 |
| 1.4.3.2. Modelo Transaccional de Sameroff | 28 |
| 1.5. Funcionamento da Intervenção Precoce | 31 |
| 1.5.1. Níveis de Intervenção | 31 |
| 1.5.2. Equipas: Interdisciplinar, Multidisciplinar, Transdisciplinar | 33 |
| 2. Identidade Profissional | 37 |
| 3. Estudos Empíricos | 41 |
| | |
| II – Estudo Empírico | 45 |

| | | |
|--------|--|----|
| 1. | Objetivos de Estudo | 47 |
| 2. | Metodologia | 49 |
| 2.1. | A Grounded Theory | 50 |
| 2.2. | Participantes | 54 |
| 2.3. | Instrumentos e Procedimentos | 55 |
| 2.3.1. | Instrumentos e Procedimentos de Recolha de Dados | 55 |
| 2.3.2. | Procedimentos de Análise de Dados | 56 |
| 3. | Apresentação e Discussão dos resultados | 59 |
| 3.1. | Funções Desempenhadas e Especificidade dos Psicólogos | 59 |
| 3.1.1. | Intervenção do Psicólogo | 60 |
| 3.1.2. | Especificidade do Psicólogo | 65 |
| 3.1.3. | Caracterização em Função do Trabalho de Equipa | 70 |
| 3.2. | Contributo do Psicólogo para a Equipa de Intervenção Precoce | 73 |
| 3.2.1. | Valor do Contributo | 73 |
| 3.2.2. | Que Casos | 74 |
| 3.3. | Formação Relevante para se Trabalhar em Intervenção Precoce | 75 |
| 3.3.1. | Formação Base | 75 |
| 3.3.2. | Formação Específica | 76 |
| 3.3.3. | Desenvolvimento Pessoal | 77 |
| 3.3.4. | Aprendizagem Com os Outros | 77 |
| 3.3.5. | Dificuldades e Necessidades | 78 |
| 4. | Discussão/Conclusão | 81 |
| 5. | Referências Bibliográficas | 85 |
| | Anexo A. Pedido de Colaboração em Projecto de Investigação | 96 |
| | Anexo B. Ficha de Registo Biográfico, Pessoal e Profissional | 97 |

| | |
|----------------------------------|----|
| Anexo C. Consentimento Informado | 98 |
|----------------------------------|----|

Índice de Quadros

| | |
|--|----|
| Quadro 1. Caracterização dos Participantes | 55 |
| Quadro 2. Perguntas do Guião | 55 |
| Quadro 3. Codificação Aberta “linha a linha” | 57 |
| Quadro 4. Codificação Axial | 57 |
| Quadro 5. Codificação Selectiva e Teorização | 58 |

Índice de Figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1. Intervenção do Psicólogo | 60 |
| Figura 2. Atitudes | 65 |
| Figura 3. Competências | 67 |
| Figura 4. Equipa | 71 |
| Figura 5. Contributo do Psicólogo | 73 |
| Figura 6. Formação Relevante | 75 |
| Figura 7. Caracterização do estudo da Identidade Profissional dos Psicólogos na Intervenção Precoce | 80 |

Síglas

ANIP – Associação Nacional de Intervenção Precoce

APPACDM – Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental

APPC -Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral

CDIP – Centro de Desenvolvimento e Intervenção Precoce

DSOIP – Direcção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica

IP – Intervenção Precoce

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

NEE – Necessidades Educativas Especiais

PAIPDI – Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade

PIIP – Projecto Integrado de Intervenção Precoce

SNIP – Sistema Nacional de Intervenção Precoce

SOD – Serviço de Orientação Domiciliária

GAT – Grupo de Atención Temprana

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Vitor Franco por todos os conhecimentos que me transmitiu, pela sua dedicação e disponibilidade na realização desta investigação, pelo despertar do interesse pela intervenção precoce.

À Doutora Ana Margarida Albano por toda a dedicação, suporte, ajuda e compreensão no desenrolar deste trabalho, pela amizade e carinho demonstrado desde o início até ao final desta caminhada.

À minha família, dedico a conclusão desta etapa, por todos os esforços que fez para a realização de um sonho e um futuro melhor para mim, principalmente, à minha mãe, aos meus irmãos (Nuno, Duarte e Marco) e irmãs (Andreia e Cristina) e à minha cunhada Cristina Abreu.

Aos meus quatro sobrinhos, Pedro, Rodrigo, Mariana e Bruna, por me reestabelecerem as forças para seguir esta caminhada mesmo quando eu pensei já não as ter, pelos abraços e sorrisos de encorajamento e pelas palavras inocentes de uma criança. Por todo o amor e carinho nos momentos mais difíceis.

À estrela que lá no alto mais brilha, ao meu pai, que sempre me acompanhou e esteve no meu pensamento e coração em todos os momentos, por me transmitir força nesta grande luta e fazer-me acreditar que nunca estive só.

À Inês Rachão, Joana Pereira, André Mantas, André Silva, Susana Correia, Márcia Pisco, Nídia Prietos, Joana Pernetta e Cláudia Lucas por terem acreditado em mim e nas minhas capacidades mesmo quando eu própria duvidei, por terem caminhado comigo lado a lado na conquista desta batalha, por terem aquecido a minha mente e o meu coração em muitos momentos difíceis a vários níveis, pela amizade, pelo carinho, e pelo amor de uma verdadeira família.

Aos meus afilhados académicos por todo o apoio dado e orgulho demonstrado na madrinha que têm, por toda a motivação que depositaram em mim quando a palavra desistir pairava no ar.

À família da Residência António Gedeão por me terem dado a conhecer que família não é só a de sangue, mas a que se constrói como tal, por me terem apoiado e ajudado ao longo de todo este processo académico, por continuarem presentes apesar da distância que nos separa, por permanecerem interessados pelo meu progresso e desenvolvimento futuro.

Às equipas de Intervenção Precoce da Região do Alentejo que possibilitaram a realização deste estudo, em especial, á equipa de Intervenção Precoce da Associação de Paralisia Cerebral de Évora, que guardarei sempre no meu coração, por todos os saberes transmitidos e partilhados.

A todos aqueles que longe ou perto, de forma directa ou indirecta, me apoiaram, ajudaram e acreditaram que era possível.

Muito Obrigado!

Identidade Profissional dos Psicólogos na Intervenção Precoce

Resumo:

A intervenção precoce é uma prática interventiva que incide no apoio a famílias e a crianças até aos 6 anos de idade que apresentem, ou estejam em risco de apresentar, dificuldades no desenvolvimento. Esta prática interventiva é realizada em equipa por vários profissionais da área da saúde, educação e segurança social, entre eles os psicólogos. É nosso objetivo com este estudo compreender como é que o psicólogo caracteriza a sua actividade, o seu perfil e a sua identidade profissional neste domínio específico. Para o efeito desenvolvemos um estudo de natureza qualitativa a partir da realização de entrevistas semi-estruturadas, a psicólogos integrados em equipas de intervenção precoce da Região do Alentejo. Os dados foram analisados com base na abordagem da Grounded Theory de Strauss e Corbin (1990). Os resultados obtidos indicam-nos que os psicólogos não possuem, ainda, uma identidade profissional claramente definida nas equipas de intervenção precoce.

Palavras chave: Intervenção Precoce, Identidade Profissional, Grounded Theory

Professional Identity of Psychologists in early intervention

Abstract:

Early intervention is an important practice in supporting children from 0 to 6 years old who have or are at risk manifest of developmental difficulties. This practice is carried out by a team of various professionals in health, education and social welfare, including psychologists. This research aims to understand how the psychologist characterizes their activity, their profile and their professional identity in this specific practice that is early intervention. For this purpose we developed a qualitative study. We conducted semi-structured interviews with psychologists integrated in early intervention teams on the Alentejo Region. Data was analyzed using the Grounded Theory approach of Strauss and Corbin (1990). The results show us that psychologists do not yet have a clearly defined professional identity in early intervention teams.

Keywords: Early Intervention, Professional Identity, Grounded Theory

Introdução

O termo intervenção precoce [I.P] surgiu nos Estados Unidos nos anos 60, numa perspectiva de educação compensatória que se caracterizava por uma intervenção preventiva e global na vida dos seres humanos com dificuldades socio-económicas, com baixa escolaridade e com limitadas oportunidades de vida (Pimentel, 1999).

A intervenção precoce tem-se desenvolvido em Portugal, nos últimos anos, como um sistema integrado de apoio às crianças com perturbações do desenvolvimento ou em situação grave de risco. De acordo com a legislação atual, é definida como uma “medida de apoio integrado, centrada na criança e na família, promovendo ações de natureza habilitativa e preventiva em crianças, com idades compreendidas até aos 6 anos de idade que apresentam ou estão em risco de apresentar dificuldades ao nível do desenvolvimento no que respeita à educação, saúde e solidariedade social” (Diário da República, 2009, p. 7298).

A implementação de respostas ao nível da I.P. tem ocorrido através da criação de equipas locais de intervenção de base comunitária que acolhem e acompanham as situações em que se verificam necessidades específicas de promoção do desenvolvimento em articulação com outras estruturas e respostas já existentes, nomeadamente ao nível da saúde, educação e apoio social.

As equipas locais são, por definição, multidisciplinares e integram geralmente psicólogos, educadores, terapeutas (ocupacionais, da fala e fisioterapeutas), técnicos de serviço social e outros técnicos do âmbito da saúde ou social (Franco & Apolónio, 2008; Tegethof, 2007).

A filosofia de ação subjacente à legislação nacional aponta para uma organização dos serviços numa perspectiva centrada na família, considerando o papel fulcral desta na promoção do desenvolvimento das crianças, numa compreensão sistémica, e distanciando-se claramente de uma perspectiva reabilitativa, ou de estimulação que, no passado, foi a forma privilegiada de abordagem e organização das respostas relativamente às crianças com deficiência ou dificuldades no desenvolvimento.

A natureza do trabalho de intervenção com as famílias e com as crianças decorrerá, subseqüentemente, das competências existentes em cada equipa e dos planos de intervenção que, cada uma e para cada caso, desenvolvam. A composição pluridisciplinar das equipas locais pressupõe que a intervenção não seja apenas focalizada ou exercida através das competências profissionais de um dos seus

membros, mas decorra de um processo reflectido, conjugado e integrado de respostas definidas e implementadas pela equipa enquanto tal, em todos os momentos do seu trabalho: acolhimento dos casos, avaliação e diagnóstico, planeamento, intervenção com as famílias, trabalho direto com as crianças e intervenção com a comunidade envolvente. Daí que a filosofia do sistema integrado de I.P. valorize uma tendência transdisciplinar (Franco, 2007a; Alves, 2009).

Os psicólogos que integram as equipas de I.P. diferenciam-se dos perfis clássicos tanto do psicólogo clínico como do psicólogo educacional e a sua ação depende, essencialmente, da forma como a intervenção é concebida e organizada no âmbito de cada equipa e dos modelos teóricos de organização e de intervenção que lhe subjazem. Daí que seja importante verificar, a partir do interior das equipas, como é que é caracterizada a atividade dos psicólogos, o seu perfil profissional e a sua identidade profissional neste domínio bem específico da I.P.

Dado à complexidade ao nível de funções, profissionais, população e domínios que esta prática interventiva requer e abrange propomo-nos a compreender como é que o psicólogo caracteriza a sua atividade, o seu perfil e a sua identidade profissional neste domínio específico de intervenção precoce, nomeadamente, quais as funções desempenhadas pelos psicólogos nas equipas de intervenção precoce e respetivas especificidades; qual a importância que os psicólogos atribuem ao trabalho que desenvolvem dentro das equipas de intervenção precoce e quais os aspetos de formação que são entendidos como relevantes para o desempenho de funções nestas equipas.

Nesta ordem de ideias, organizámos o nosso estudo em duas partes distintas: enquadramento teórico e estudo empírico.

O enquadramento teórico incidirá sobre todo o desenvolvimento da intervenção precoce desde o seu conceito e objetivos à sua origem e surgimento no nosso país, fazendo, posteriormente, uma passagem sobre o modo de funcionamento e bases teóricas que sustentam este fenómeno e, por último, a identidade profissional que tanto interesse nos despertou e nos moveu no desenvolvimento deste estudo.

O estudo empírico será desenvolvido em torno das questões que nos moveram na construção deste trabalho, explicaremos assim a problemática em estudo e as razões que nos conduziram ao seu desenvolvimento.

A nossa pesquisa será desenvolvida no âmbito qualitativo, para tal recorreremos à abordagem da Grounded Theory de Strauss e Glaser para efectuar o tratamento dos

dados (Strauss & Corbin, 2008). Assim, no estudo empírico faremos referência á nossa opção metodológica descrevendo a Grounded Theory como referência, o desenvolvimento do desenho da nossa investigação, a fase de recolha de dados e a fase de análise de dados.

Finalizaremos com a discussão e conclusão dos resultados obtidos apartir do nosso estudo, mencionando ainda algumas considerações e sugestões.

I – Enquadramento Teórico

1. Intervenção Precoce

1.1. Definição e objetivos da Intervenção Precoce

Nos dias de hoje, são várias as definições de Intervenção Precoce [I.P.] que se pode encontrar na literatura, em termos gerais, esta é uma prática interventiva que é realizada em equipa por vários profissionais da área da saúde, educação e segurança social regendo-se por uma série de princípios e pressupostos que movem estas equipas no apoio a crianças dos 0 aos 6 anos de idade bem como as suas famílias.

De acordo com Dunst e Bruder (2002), a Intervenção Precoce pode ser definida como uma prática com serviços e recursos necessários para responder às necessidades e oportunidades que incentivem a aprendizagem e desenvolvimento da criança e, ainda, serviços, apoios e recursos necessários para possibilitar que as famílias, com um papel ativo, promovam o desenvolvimento dos seus filhos.

Dunst contribuiu para a reformulação dos serviços de I.P. ao introduzir conceitos como “empowerment” (corresponsabilizar, partilhar o poder ou fortalecer) e “enabling” (capacitação) no sentido de criação de oportunidades e meios para que as famílias possam aplicar as suas capacidades e competências às necessidades dos seus filhos e assim consolidarem o funcionamento familiar, nesta sequência o autor defende que os serviços de Intervenção Precoce devem basear-se nos recursos formais e informais da comunidade (Gronita, Matos, Pimentel, Bernardo & Marques, 2011).

O Despacho Conjunto 891/99 de 19 de Outubro, que permitiu que Portugal tivesse princípios orientadores neste domínio, define a Intervenção Precoce como “um conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social. No apoio a crianças com “risco de alteração, ou alteração, que limite o normal desenvolvimento da criança e a sua participação, tendo em conta os referenciais de desenvolvimento próprios de acordo com a idade e o contexto social” e na atuação aquando da “verificação de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança” (p. 15566).

A família parece então assumir no processo de Intervenção Precoce dois papéis distintos, por um lado é receptora da intervenção, dado que também ela necessita da

ajuda dos profissionais de Intervenção Precoce principalmente ao nível de recursos e informações e, por outro, é um agente ativo, integrante e indispensável a todo o processo de Intervenção Precoce (Serrano & Correia, 2000; Almeida, 2004).

O Projeto Integrado de Intervenção Precoce (PIIP), de Coimbra refere que “Intervenção Precoce implica a criação de uma rede de suporte social às famílias que incluam crianças com pouca idade e com problemas de desenvolvimento ou em risco, de forma a dar-lhes poder e a capacitá-las para assumirem o papel que qualquer família assume na educação dos filhos (1995, p.10)”.

O Livro Blanco de la Atención Temprana (GAT, 2000) evidencia a importância do envolvimento da família em todo o processo de intervenção e define a Intervenção Precoce como “um conjunto de intervenções direcionadas à população infantil entre os 0 e os 6 anos, à sua família e meio envolvente, que tenham perturbações no seu desenvolvimento, ou estejam em risco de vir a desenvolver-las, de forma a receber, tendo em conta um modelo bio-psico-social, intervenções que possam potencializar as suas capacidades, favorecendo a sua integração no meio familiar, escolar e social, bem como a sua autonomia” (p.13).

É visível o consenso entre estes autores no que respeita à idade das crianças que devem ser abrangidas pela Intervenção Precoce, porém a legislação Portuguesa reforça uma intervenção dos 0 aos 3 anos de idade, pois é nesta idade que se estabelecem os padrões iniciais de aprendizagem e comportamento, fundamentais para um desenvolvimento saudável do indivíduo, bem como uma maior plasticidade cerebral.

Uma intervenção neste período do desenvolvimento (0-3 anos) permite evitar a influência negativa proveniente de factores de risco, reduzir os efeitos secundários de doenças crónicas e de deficiências funcionais permanentes e, ainda, evitar o agravamento de desvios no desenvolvimento, procurando uma recuperação o mais completa possível (Apolónio, Castilho, Alava, Caixa & Franco, 1999).

Porém, a idade das crianças que devem ser abrangidas pela Intervenção Precoce não é unânime em todos os países. Em Portugal, Espanha, França, Grécia e no Luxemburgo os serviços de Intervenção Precoce abrangem crianças dos 0 aos 6 anos de idade e respetivas famílias, outros países, como por exemplo, Alemanha, Áustria, Dinamarca e Estónia defendem que os serviços de Intervenção Precoce devem destinar-se a crianças até aos 7 anos de idade, onde é dada continuidade ao apoio na escola (European Agency for Development in Special Needs Education,

2005). Ainda a diferir deste leque de idades temos a Inglaterra e a Noruega onde a Intervenção Precoce abrange crianças até aos 5 anos de idade

Nos EUA, parece não haver consenso no que respeita à idade das crianças abrangidas pelos serviços de Intervenção Precoce, pelo que há quem defenda que deveria abranger apenas crianças até aos 3 anos e quem sustente que estes serviços deveriam estender-se a crianças até aos 6 anos de idade (Tegethof, 2007).

Meisels e Shankoff (2000) parecem estar em consonância com a Inglaterra e a Noruega no que respeita à idade das crianças a que os serviços de Intervenção Precoce devem abranger afirmando que a Intervenção Precoce é um conjunto de serviços multidisciplinares prestados a crianças até aos 5 anos de idade. De acordo com os autores, a Intervenção Precoce tem como objetivo: a) promover a sua saúde e bem estar; b) promover competências emergentes; c) minimizar atrasos de desenvolvimento; d) remediar incapacidades existentes ou emergentes; e) prevenir a sua deterioração funcional e promover a função parental adaptativa e o funcionamento do conjunto da família.

Mais definições poderiam aqui ser enunciadas, no entanto, é importante apresentar a Intervenção Precoce tal como é considerada pelos técnicos que diariamente andam no terreno. Assim, considerando a Intervenção Precoce de acordo com o Decreto-Lei 281/2009, “o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância possui enquanto objetivos, assegurar às crianças a proteção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades, através de ações de Intervenção Precoce na Infância em todo o território nacional; detetar e sinalizar todas as crianças com risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo ou risco grave de desenvolvimento; intervir após deteção e sinalização nos termos da alínea anterior, em função das necessidades do contexto familiar de cada criança elegível, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento; apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas de segurança social, da saúde e da educação e, envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social “ (Diário da República, 2009, p. 7298).

1.2. Perspectiva Histórica e Origens da Intervenção Precoce

Foi nos Estados Unidos nos anos 60 que surgiram os primeiros programas de Intervenção Precoce, numa perspectiva de educação compensatória que se

caracterizava por uma intervenção preventiva e global na vida das pessoas com dificuldades socio-económicas, com baixa escolaridade e com limitadas oportunidades de vida (Pimentel, 1999). Estes programas visavam colmatar a pobreza e promover o desenvolvimento, com maior incidência nos primeiros anos de vida, dado que esta etapa seria a mais adequada para intervir visando efeitos a nível preventivo e remediativo (Pimentel cit in. Correia, 2011). Podemos aqui destacar o programa *Head Start*, que surge incorporado no “*Economic Opportunity Act*”, de 1964 (PL 88-452) perspetivando o desenvolvimento de um “sistema abrangente e multidimensional de educação compensatória, de serviços de saúde, de nutrição, de serviços sociais e de envolvimento familiar”, com o objetivo de minimizar riscos ao nível do desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar que se encontravam em situação de pobreza (Pereira & Serrano, 2010).

A década de 70 deu lugar ao desenvolvimento de programas de apoio e serviços que se revelaram contributos essenciais para se explicar e explorar a natureza da prestação de serviços centrados na família (Pereira & Serrano, 2010). A Intervenção Precoce expandiu-se gradualmente e passou a abranger as crianças com deficiência e/ou com necessidades educativas especiais. Em 1972, a legislação *Economic Opportunity Amendments (PL 92-424)*, considerou que 10% do número total de crianças abrangidas por este programa tinha que corresponder a crianças com Necessidades Educativas Especiais [NEE] (Pereira & Serrano, 2010).

No sentido de responder às crianças abrangidas pelo programa *Head Start*, mas com idades inferiores aos 3 anos foi criado um novo programa, o *Early Head Start* (Shonkoff & Meisels, 2000; Peterson et. al, 2004).

De acordo com Peterson et al. (2004), os programas mencionados anteriormente vieram responder às evidências que comprovam que as famílias em situações de carência económica demonstram níveis inferiores na avaliação do desenvolvimento, dificuldades de aprendizagem, problemas de saúde e resultados fracos numa diversidade de domínios do comportamento adaptativo na adultez.

A *Education for all Handicapped Children Act (PL 94-142)* de 1975, é considerado um marco legislativo uma vez que permitiu o reconhecimento e o valor dos programas de Intervenção Precoce, estabelecendo o direito a uma educação gratuita e adequada a todas as crianças com NEE em idade escolar (Pereira & Serrano, 2010).

No final da década de 70 a Intervenção Precoce integra e dá o direito a todas as crianças deficientes e/ou com NEE bem como às suas famílias, de usufruir dos serviços de Intervenção Precoce, considerado na legislação Americana rumo a um movimento de inclusão (Rodrigues, 2011).

Os anos 70 foram considerados importantes na história de Intervenção Precoce onde ocorreram avanços e recuos em termos de características, população e modelos de ação, foi também nesta época que a família passou a ser considerada e vista como parte integrante da intervenção, o que antes se focava apenas na criança começa agora a ser direcionado para todo o meio familiar.

Em 1986 com a *Education of the Handicapped Act Amendments (PL 99-457)* é que os serviços para as crianças em idade pré-escolar e suas famílias se consolidou com o incentivo de programas para crianças dos 0 aos 3 anos de idade enraizado em equipas multidisciplinares e em serviços coordenados, nesta mesma legislação era possível verificar-se conceitos com especial ênfase na família, na coordenação de serviços por um responsável de caso, nos apoios disponíveis pela comunidade e incentivo de relações de parceria entre pais e profissionais (Pereira & Serrano, 2010). Este foi o acontecimento mais marcante da história da Intervenção Precoce e originou uma grande preocupação em criar serviços onde não existiam bem como, uma mudança na filosofia e prática dos serviços de Intervenção Precoce já existentes, com o objetivo de se chegar a um consenso e de se ter a certeza que havia acordo quanto aos novos regulamentos a serem implementados por este sistema de intervenção.

A nova legislação desencadeou muitas alterações e neste seguimento, tão importante quanto a lei, foram efetuados esforços no que concerne à formação dos profissionais no sentido de garantir um número suficiente de profissionais qualificados que estivessem aptos a integrar os programas nacionais de Intervenção Precoce e assim, pudessem responder, adequadamente, às necessidades das crianças e famílias abrangidas pela legislação agora em vigor (McWilliam, Winton & Crais, 2003).

Apesar da rápida evolução que estes programas tiveram em alguns países, nem sempre há consenso no que diz respeito às características que devem obedecer, diferenciando-se, deste modo, em termos de práticas adoptadas, tipo de utentes, formação dos técnicos, avaliação, currículos utilizados, etc. Nesta sequência, o termo Intervenção Precoce toma diversas proporções e não pode ser considerado um termo único, porém, é importante que fique bem claro que existe uma base consensual que atualmente se caracteriza por uma orientação ou abordagem centrada na família, com

objetivos individualizados para a família e para a criança através do qual as equipas se regem.

Não podemos deixar de mencionar que a Intervenção Precoce é uma área muito abrangente que engloba uma gama muito diversificada de recursos e profissionais da área da saúde e educação – médicos, fisioterapeutas, psicólogos, educadores, entre outros – variando estes, de acordo com as necessidades da comunidade perante o qual a equipa de Intervenção Precoce tenta responder, por meio de projetos e programas adequados às necessidades da população abrangida, evitando e/ou reduzindo efeitos negativos que determinados factores provocam no desenvolvimento infantil.

1.3. Intervenção Precoce em Portugal

Em Portugal, o interesse pela investigação em Intervenção Precoce e o próprio conceito surgiu um pouco mais tarde do que nos outros países pelo que, poderá dizer-se que a Intervenção Precoce em Portugal evoluiu e apareceu um pouco a reboque das investigações realizadas noutros países (Costa, 2012; Fernandes, 2008).

De acordo com Correia (2011), foi nos anos 60 que em Portugal se começou a abordar o desenvolvimento e atendimento de crianças com NEE que permitiram que a Intervenção Precoce tivesse o desenvolvimento que obteve no decorrer dos anos.

Nesta década de 60, surgiu o “ Serviço de Orientação Domiciliária “ (SOD) criado pelo Instituto de Assistência a Menores do Ministério da Saúde e Assistência com o intuito de, a nível nacional, apoiar pais de crianças cegas com idades compreendidas entre os 0 e os 6 anos de idade, levado a cabo por enfermeiros que através de visitas domiciliárias auxiliavam pais e crianças com este tipo de problemática (Costa, 1984 cit in. Franco & Apolónio, 2008; Correia, 2011; Tegethof, 2007; Bairrão, 2006). Estes foram os programas pioneiros para crianças com deficiência, com base num modelo médico e ligado aos serviços de saúde (Costa, 1984 cit in. Franco & Apolónio, 2008).

Após todos os esforços realizados para apoiar de forma especializada as crianças cegas, chegou a altura de dar também oportunidade às crianças com paralisia cerebral, podemos assim avançar para a época de 70 onde as primeiras experiências em educação especial tiveram lugar surgindo simultaneamente, experiências em estimulação precoce e tendo emergido um programa de Intervenção

Precoce para crianças com paralisia cerebral pelo Centro de Paralisia Cerebral de Lisboa, Porto e Coimbra (Associação Nacional de Intervenção Precoce [ANIP], 2006; Franco & Apolónio, 2008; Cabral, 2006). Começaram também a surgir as Associações Portuguesas de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental [APPACDM], rumo a um trabalho relacionado com crianças com deficiência mental (Franco & Apolónio, 2008).

Progressivamente, muitos projetos e programas se foram desenvolvendo no âmbito da Intervenção Precoce, no entanto, é em meados da década de 80 que se começa a ouvir falar destes conceitos associados a crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 6 anos, principalmente, crianças com NEE ou em risco de vir a desenvolver, gradualmente, ocorre também o reconhecimento de necessidade de criar formas de apoiar estas crianças em idades precoces e com esta problemática particular (Costa, 2012; Correia, 2011; ANIP, 2007).

Sentida e reconhecida a necessidade de desenvolver programas de apoio a estas crianças, em 1985 surge um importante contributo para a Intervenção Precoce. Foi atribuído à *DSOIP* “o apoio precoce especializado às crianças em situação de risco ou deficiência bem como às suas famílias, tendo este serviço aprofundado, especializado e disseminado um modelo de Intervenção Precoce - o Modelo Portage” (Correia, 2011, ANIP, 2007). Este modelo surgiu nos Estados Unidos e caracteriza-se por ser um programa semanal onde os profissionais prestam apoio e transmitem formas de ensino a pais no domicílio, para tal, é necessário um total envolvimento daqueles que são os educadores fundamentais no desenvolvimento de qualquer criança, os pais, num trabalho conjunto e de parceria com os profissionais (Felgueiras & Bairrão, n.d). Este programa tem por base não só o envolvimento dos pais na educação dos seus filhos, mas também a preocupação de melhorar a vertente emocional e de ânimo dos pais, causada pela problemática e/ou deficiência dos seus filhos que, muitas vezes, causa um impacto devastador e, conseqüentemente, comprometedor da evolução de pais e de filhos (Felgueiras & Bairrão, n.d).

A *Associação Portage*, a *DSOIP* e o *Hospital Pediátrico de Coimbra* em *colaboração*, no final dos anos 80, deram início ao Projeto Integrado de Intervenção Precoce [PIIP] de onde surgiram resultados animadores e bastante positivos (Correia, 2011).

Em 1989, fruto da vontade de um conjunto de profissionais em ajudar as crianças com necessidades educativas especiais ou em risco de desenvolvê-las, surge então no centro de Portugal, em Coimbra, o primeiro programa de Intervenção

Precoce coordenado, multidisciplinar e com articulação de serviços ao nível de educação, saúde e segurança social, socorrendo-se ainda, para efetuar a sua prática, dos recursos existentes na comunidade (ANIP, 2007).

O PIIP teve por base o modelo norte-americano, segundo o qual as famílias são as principais destinatárias do apoio, com o objetivo de promover a sua capacitação e autonomia na promoção do desenvolvimento dos seus filhos ganhando, estas, destaque principal ao liderar o processo de intervenção, definindo e decidindo as prioridades do apoio. Tendo isto em conta, é necessário adaptar-se o apoio às especificidades de cada família e acompanhar a satisfação das mesmas em função do apoio prestado (Cruz, Fontes & Carvalho, 2003). O PIIP baseou-se, assim, na perspectiva ecológica e transaccional, afirmando que os serviços de Intervenção Precoce deverão envolver a família, considerando-a como alvo da intervenção e recorrendo aos serviços disponíveis na comunidade.

Todos os esforços, experiências e orientações pelo PIIP de Coimbra deram lugar ao momento de reconhecimento efetivo da Intervenção Precoce em Portugal que se reflete no Decreto de Lei 281/2009 (Franco & Apolónio, 2003; Costa, 2012). Este documento determina que os pais sejam participantes ativos e vistos como parte integrante do processo de intervenção, num trabalho conjunto e de parceria com os profissionais, passando assim a intervenção a incidir na família e não apenas na criança.

De acordo com Cruz, Fontes e Carvalho (2003), no início dos anos 90, outras estruturas de Intervenção Precoce foram surgindo em Portugal sendo que, em 1994 existiam 37 estruturas de Intervenção Precoce em todo o país, entre serviços públicos e privados.

Em 1998, no embalo de todo o trabalho que já tinha sido efetuado pelo PIIP, forma-se a Associação Nacional de Intervenção Precoce (ANIP). Muitos estudos e projetos foram se desenvolvendo na área da Intervenção Precoce com o passar dos anos que, tal como mencionado anteriormente, deram lugar ao Despacho Conjunto 891/99 de 19 de Outubro.

Em 2000, a ANIP foi reconhecida como uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), pela Segurança Social, caracterizando-se como uma organização que reúne pais, profissionais e investigadores no desenvolvimento qualificado dos processos de Intervenção Precoce em Portugal, através de quatro áreas de intervenção, definidas na sua filosofia: "(a) apoio à implementação da

Intervenção Precoce a nível nacional, (b) formação, (c) investigação (d) e apoio a crianças, famílias e técnicos de Intervenção Precoce.

A ANIP desenvolveu-se, entre Outubro de 2000 e Agosto de 2002, com o apoio do programa *Ser Criança* e em articulação com o Grupo Eurllyaid (Grupo Europeu de Intervenção Precoce), o projeto Investigar em Intervenção Precoce. Este projeto correspondeu à tradução, adaptação e aplicação às famílias apoiadas pelo Serviço de Intervenção Precoce do Distrito de Coimbra, de uma escala de avaliação da satisfação das famílias em Intervenção Precoce – Escala Europeia de Satisfação das Famílias em Intervenção Precoce. Assim, podemos afirmar que a ANIP se tem assumido como uma instituição de referência a nível nacional na divulgação e implementação de boas práticas em Intervenção Precoce (ANIP, 2010).

Revogando o Despacho Conjunto 891/99 de 19 de Outubro surge o Decreto-Lei 281/2009 de 6 de Outubro que foi elaborado e desenvolvido de acordo com os princípios estabelecidos na “Convenção das Nações Unidas dos Direitos da Criança e no âmbito do Plano de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade 2006-2009 (PAIPDI), criando, deste modo um Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância [SNIPI]” (Correia, 2011).

O SNIPI consiste “num conjunto organizado de entidades institucionais e de natureza familiar, com vista a garantir condições de desenvolvimento das crianças com funções ou estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal, social, e a sua participação nas atividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso no desenvolvimento.” (Diário da República, 2009).

Este Decreto-Lei define, assim, a Intervenção Precoce em três linhas gerais: a) “No conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social”; b) “No apoio a crianças com “risco de alteração, ou alteração, que limite o normal desenvolvimento da criança e a sua participação, tendo em conta os referenciais de desenvolvimento próprios, consoante a idade e o contexto social”; c) “Na atuação aquando da “verificação de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança” (Diário da República, 2009).

E é assim, com uma articulação de serviços sustentados por três ministérios, Ministério da Educação, Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Segurança Social, que a Intervenção Precoce tem vingado no nosso País com a colaboração de

profissionais da área da educação, da saúde e da solidariedade social que, caminhando lado a lado vão respondendo da melhor forma possível às crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 6 anos de idade, com necessidades educativas especiais ou em risco de vir a desenvolver bem como, às suas famílias, sendo estas um elemento fulcral e agente ativo em todo o processo de intervenção.

1.3.1. Intervenção Precoce no Alentejo

Na região do Alentejo, as primeiras experiências de Intervenção Precoce no desenvolvimento das crianças tiveram lugar no final dos anos 80, na área da educação, com o objetivo de responder de modo especializado às crianças que apresentavam dificuldades ao nível do desenvolvimento (Franco & Apolónio, 2008).

Com a publicação do Despacho Conjunto 891/99, de 19 de Outubro, a organização de serviços articulados teve início envolvendo, assim, os serviços regionais de Educação, da Saúde e da Segurança Social, para além das Instituições Sociais relacionadas com o apoio à deficiência, que garantiam já nessa altura respostas nesta área, na região do Alentejo (Apolónio, Franco & Miranda, 2010).

No início dos anos 90, foram efetuados os primeiros acordos com o Centro Regional de Segurança Social de Évora, dando origem a duas equipas dedicadas à Intervenção Precoce, nomeadamente, a Cercimor com o apoio da Segurança Social, Educação e Saúde, aproximando-se em termos de modelo ao PIIP de Coimbra e, a Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral (APCE) que criou o Centro de Desenvolvimento e Intervenção Precoce (CDIP), reunindo uma equipa de intervenção e apoio a crianças com paralisia cerebral ou perturbações neuromotoras do desenvolvimento (Franco & Apolónio, 2008). Atualmente, estas equipas, mantêm a sua atividade de modo sólido ao nível de apoio e prestação de serviços a centenas de famílias e crianças.

No final da década de 90, é preparada uma rede mais ampla de articulação de serviços e de respostas às necessidades das crianças e das famílias, evitando a duplicação de apoios à população abrangida por estes serviços de Intervenção Precoce, simultaneamente, nos distritos de Beja e Portalegre surgiram as primeiras respostas ao nível da Intervenção Precoce, com base nas instituições e serviços já existentes (Franco & Apolónio, 2008).

De acordo com as normas do Despacho Conjunto 891/99 de 19 de Outubro, desenvolveu-se em 2001 a estrutura atual da rede regional e distrital de Intervenção Precoce no Alentejo, permitindo de forma alargada e inovadora a instrução e consolidação da estrutura em toda a região, abrangendo progressivamente todos os concelhos do distrito de Évora e Portalegre, já o distrito de Beja encontrava-se a esta data em fase de expansão (Franco & Apolónio, 2008; Franco, Melo & Apolónio, 2012).

De acordo com Franco e Apolónio (2008), em 2000 a Equipa Regional de Intervenção Precoce através de um levantamento de necessidades iniciou a sua ação e demonstrou interesse em responder de forma especializada e adequada às necessidades das crianças e das suas famílias.

A organização da rede de serviços nos distritos de Évora e Portalegre levou dois anos a ser iniciada, nomeadamente, o ano 2002 e 2003, “por sua vez no distrito de Beja o seu desenvolvimento revelou-se um pouco mais moroso devido a constrangimentos de várias ordens pelo que, só em 2004 foram ultrapassadas as dificuldades e então assumido um funcionamento intersectorial regular pela Equipa de Coordenação Distrital de Beja” (Franco & Apolónio, 2008, p.16).

A apoiar 605 crianças, havia já em 2002 15 equipas de Intervenção Precoce, alargando a prestação dos seus serviços e a constituição de novas equipas com o decorrer dos anos por todo o Alentejo. No final de 2008 a Região do Alentejo tinha já uma equipa por cada município, porém, “demarcadas e diferenciadas no que diz respeito à sua constituição, grau de profundidade de trabalho e experiência de trabalho efetivo nesta área específica, Intervenção Precoce” (Apolónio, Franco & Miranda, 2010; Franco, Melo & Apolónio, 2012).

O Alentejo encontra-se abrangido por uma rede de equipas, em 2012 contava com um total de 42 equipas de Intervenção Precoce que se caracterizam pela sua multidisciplinariedade e por englobar uma multiplicidade de profissionais da área da Educação e da Saúde inseridos na rede de prestação de cuidados primários (Franco, Melo & Apolónio, 2012). O esforço diário, de responder adequadamente à população abrangida pelo Decreto-Lei 281/2009 é efetuado por 293 profissionais distribuídos por 29 IPSS, ou equiparadas, que asseguram o enquadramento jurídico das equipas através de celebrações de Acordos de Cooperação com os serviços tutelares (Franco, Melo & Apolónio, 2012).

De acordo com Franco, Apolónio e Miranda (2010), a rede supramencionada, tem por base uma estrutura desconcentrada organizando-se, geograficamente, em

três níveis, designadamente, “uma Equipa Regional, Equipas de Coordenação Distrital que suportam as funções de gestão, acompanhamento e monitorização e, ainda, Equipas de Intervenção Direta, de âmbito concelhio”, que atuam junto das crianças e das famílias apoiadas através da articulação com os parceiros locais.

São já, aproximadamente, 2.500 as crianças apoiadas, portadoras de deficiência, com dificuldades no desenvolvimento ou em situação de risco grave, sendo que, na grande maioria, o apoio prestado processa-se nos contextos de vida da criança (Jardim de Infância ou domicílio), sem nunca descurar a articulação com as respostas de cuidados de saúde secundários ou centros especializados quando assim as necessidades sentidas justificam, centrando-se a intervenção na família (Franco & Apolónio, 2008; Franco, Melo & Apolónio, 2012).

A intervenção socorre-se de num plano individual, realizado pelas equipas locais de intervenção do SNIPI, com o objetivo de orientar as famílias que o subescrevam e estabelecer um diagnóstico adequado, para tal, as equipas de Intervenção Precoce “devem ter em consideração não apenas os problemas manifestados pela criança ou pela sua família mas também o potencial de desenvolvimento da criança, a par das alterações a serem introduzidas no meio ambiente no sentido de afirmar o tal potencial” (Diário da República, 2009, p. 7298; Franco, Melo & Apolónio, 2012).

1.4. Bases Teóricas de Intervenção Precoce

Na Intervenção Precoce todo o trabalho no terreno e convívio com os seres humanos tem por base uma dimensão teórica que permite uma prática diária fidedigna por parte dos técnicos que integram estas equipas. Esta dimensão teórica sustenta, suporta e explica a ação diária dos profissionais das áreas da saúde, educação e social que, diariamente, procuram dar respostas a crianças e famílias que necessitam e dependem da sua ajuda.

Segundo Franco e Apolónio (2008) a Intervenção Precoce tem em conta três fundamentos psicológicos desenvolvimentais, sendo estes: os estudos sobre os aspetos relacionais no desenvolvimento infantil; as contribuições das neurociências e a contribuição das perspetivas ecológicas e sistémicas.

1.4.1. Estudos sobre o Desenvolvimento Infantil

Os estudos sobre o desenvolvimento infantil servem de base teórica para a compreensão das competências da criança, da vinculação como base segura e das relações e transações precoces.

Os primeiros anos de vida de uma criança são considerados os mais importantes de todo o processo de desenvolvimento dado que são determinantes no seu futuro e têm um impacto relevante para a situação social e psicológica da criança. Este é um processo que não é linear, ocorrem fases de ruptura e adaptações constantes resultantes da dinâmica relacional de um conjunto de factores (Cró e Pinho, 2011). É também nesta fase do desenvolvimento que a criança mais depende e precisa dos cuidados da mãe ou substituta, tanto a nível fisiológico como emocional.

São vários os teóricos da área do desenvolvimento que admitem que os acontecimentos do início da infância são marcos que afetam o ajustamento psicológico e social do indivíduo no decorrer da sua vida, podendo exercer grande influência na formação de carácter e de personalidade (Mussen, Conger & Kagan, 1977; Machado, 2000; Papalia, Olds & Feldman, 2001). Como tal, as vivências nesta fase, os vínculos afetivos estabelecidos, as recordações boas e menos boas irão determinar as vivências futuras e, conseqüentemente, o desenvolvimento das etapas vindouras, daí o crescente interesse nas crianças e no seu bem-estar, no seu desenvolvimento e crescimento saudável, na aquisição de capacidades e habilidades, personalidade e características sociais que se refletem num ser singular (Mussen, Conger & Kagan, 1977; Machado, 2000; Papalia, Olds & Feldman, 2001).

O desenvolvimento da criança não é um processo que ocorre no vazio, mas no meio ambiente onde se encontra inserida e numa estreita relação com as pessoas que o constitui, as quais, nos momentos iniciais de vida são quase exclusivas, primeiro a mãe e depois os outros elementos da família nuclear (Martins, 2012).

Ao nascer, a primeira forma de envolvimento da criança com o mundo é através do toque e da afectividade, que posteriormente irão possibilitar o estabelecimento de um vínculo afetivo com a mãe ou cuidador primário. O alicerce do desenvolvimento humano saudável é a confiança que resulta do relacionamento que se estabelece com os adultos, principalmente com a mãe ou substituta (Cró e Pinho, 2011).

A *Teoria Psicanalítica* dá especial ênfase às forças inconscientes que motivam o comportamento humano e concebe a infância como um período decisivo para o

desenvolvimento futuro da criança, autores como Freud e René Spitz referem a importância dos cuidados com as crianças nas idades mais precoces.

Para Freud, o estabelecimento do vínculo afetivo entre o bebê e a mãe é considerado um impulso secundário e ocorre por meio da satisfação das necessidades fisiológicas básicas do bebê, pois, a criança possui necessidades fisiológicas como a alimentação e o conforto que devem ser satisfeitas, sendo a figura materna a fonte de satisfação de tais necessidades, o que conduz a uma aproximação progressiva entre a mãe e o bebê, logo ao estabelecimento do vínculo afetivo (Brum & Sherman, 2004).

René Spitz desenvolveu estudos experimentais sobre as trocas emocionais entre a criança e a mãe, estudando também os efeitos da ausência da figura materna nas crianças, este autor designou por "hospitalismo" a depressão nas crianças resultante da situação de ausência das figuras de vinculação e de afeto (Brum & Sherman, 2004).

Os estudos acerca das *relações de vinculação* referem a importância do estabelecimento de uma relação estável e permanente com a figura materna durante toda a infância, autores como Montagner e Bowlby estudaram a relação diádica mãe-bebê.

Montagner defende que o comportamento de vinculação é inato e verifica-se quando o recém-nascido se aproxima da mãe ou da figura materna referindo ainda que as crianças que estão isoladas socialmente desenvolvem comportamentos sociais pobres ou inexistentes e, simultaneamente, podem desenvolver comportamentos autistas (Coutinho, 2009).

A teoria da vinculação, desenvolvida por Bowlby e Mary Ainsworth, salienta a ligação entre a qualidade da vinculação durante a infância e as áreas do desenvolvimento social, cognitivo e emocional da criança, sugere ainda que a relação de vinculação serve de base para um conjunto de representações mentais da mãe, do *self* e do mundo (Veríssimo, Monteiro, Vaughn & Santos, 2003).

De acordo com Brazelton e Cramer (1989), a base da vinculação a um recém-nascido está nas relações anteriores criadas com um filho imaginário e no decorrer do desenvolvimento do feto. Os motivos, biológicos e ambientais, que levam à existência do desejo de ser mãe/pai e as fantasias criadas em torno desse desejo, na perspectiva destes autores, podem encarar-se como a pré-história da vinculação.

Brazelton e Cramer dão especial ênfase à importância que as interações com o meio têm no decorrer do desenvolvimento de uma criança nos seus primeiros anos de

vida bem como ao processo de comunicação inicial entre a mãe e o bebê, os autores descrevem alguns fenômenos característicos do desenvolvimento inicial da comunicação entre o bebê e a mãe. A capacidade que o adulto possui de adaptar o seu comportamento ao ritmo do bebê nos primeiros meses de vida, moldando-se e aprendendo a sua linguagem, traduzida pelo comportamento do sistema autônomo, dos estados de consciência, dos órgãos motores e da atenção foi denominada, pelos autores anteriormente mencionados, por *sincronia*. Nesta comunicação sincrônica, o bebê forma uma ideia da mãe como um ser compreensivo e em quem ele pode confiar, assim, o bebê passa também a contribuir para o diálogo. Por seu turno, nos pais, o processo sincrônico vai dar origem a um sentimento de competência ou não nos cuidados do seu filho (Brazelton & Cramer, 1989). Tanto o bebê como a mãe é responsável por manter e alimentar o processo de comunicação, assim sendo, num trabalho conjunto de estímulo e resposta mútua contribuem ativa e substancialmente para o desenvolvimento do processo sincrônico.

A capacidade de atenção, por parte do bebê, o seu estilo e as suas preferências de emissão podem influenciar o processo de comunicação, tal fenômeno foi designado pelos autores de *simetria* (Brazelton & Cramer, 1989; Brazelton & Cramer, 1992).

A vinculação tem vindo a ser descrita como um processo de envolvimento afetivo mútuo e gradual, que se constrói na dependência do desenvolvimento de determinadas capacidades por parte do bebê, assim, o bebê é considerado um participante activo na construção do vínculo afetivo que se estabelece na díade (Figueiredo, 2003; Martins, 2012). Alguns dos comportamentos do bebê, como por exemplo, o seguir o rosto da mãe com o olhar, sorrir, focar a atenção e as expressões faciais, evidenciam a participação do bebê na construção do processo de vinculação.

Segundo Figueiredo (2001, citado por Martins, 2012), tais comportamentos transmitem à mãe a ideia de que o bebê lhe está a responder, captando a sua atenção e focando o seu interesse e investimento o que, por outro lado, estimula o envolvimento do bebê na relação, onde uma verdadeira comunicação parece estar a acontecer. Todo este processo indica que o bebê é um “ser eminentemente social e afetivo” escolhendo especialmente a mãe com esse propósito (Figueiredo et al., 2005 cit in. Martins, 2012).

Tal como referem Brazelton & Cramer (1989), quando “o bebê se torna capaz de demonstrar à mãe, primeiro, que prefere os estímulos humanos, e, depois, que a

prefere a ela aos restantes estímulos humanos, é impossível que a mãe não caia sob o domínio do bebê”.

Quando as mães conseguem decodificar os sinais transmitidos pelos seus filhos demonstram grande disponibilidade cognitiva e emocional para atender aos seus cuidados, o que Brazelton e Cramer denominaram de *contigência*. No entanto o bebê é quem vai indicando à mãe, através do seu comportamento, o nível de êxito ou fracasso da resposta *contigente* perante as suas necessidades, aos poucos, consoante um determinado conjunto de respostas vão funcionando e outras não a mãe vai aperfeiçoando a contigência das suas reações e cria um relatório do que funciona e do que não funciona (Brazelton & Cramer, 1989).

Consoante o processo sincrónico se vai afunilando, a díade adiciona outra dimensão ao diálogo, pois, ocorre uma antecipação das respostas do parceiro havendo já uma evolução no que respeita ao conhecimento das necessidades tanto do bebê como da mãe ou substituta e um ajustamento mútuo (Brazelton & Cramer, 1989).

Mãe e bebê dão origem a uma adaptação a nível de ritmo e a um conjunto de regras entre eles, criando expectativas relativamente às consequências de adaptação ou não, ao ritmo um do outro, ou seja, ocorre um processo que Lewis Sander e William Condon, mencionados por Brazelton e Cramer (1989), chamaram de *adesão* entre a díade, resultante da sincronia criada entre eles.

Com o decorrer do desenvolvimento da criança e com base na *adesão*, por volta do terceiro ou quarto mês de vida do bebê, começa a ocorrer um uso de sinais repetitivos e surgem conjuntos de comportamentos interativos, refletindo o que Brazelton e Cramer (1992) denominaram de *brincadeiras ou jogos* entre a mãe/pai e o bebê. Nestes *jogos ou brincadeiras* a mãe e o bebê aproveitam para saberem mais a respeito um do outro, modelam-se, comunicam-se e imitam-se mutuamente, como se de um diálogo, não verbal, entre a dupla se tratasse. Aos poucos o bebê aprende a exercer controle sobre a mãe e sobre a interação e, em simultâneo, a mãe aprende formas de captar a atenção do bebê e de levá-lo a aumentar o seu relatório (Brazelton & Cramer, 1992).

Para os autores supramencionados a comunicação, o comportamento, as expressões faciais, os jogos ou brincadeiras e até mesmo o tom de voz são indicadores da qualidade da interação entre a díade. Os autores fazem ainda referência a uma diferença entre mães e pais na interação primordial e destacam a necessidade de ajustamento, a nível de ritmo e mesmo dos seus comportamentos, ao

bebé, conhecendo e aprendendo a respeito das suas capacidades para responder e educar os seus filhos ao longo das relações iniciais, decorrendo o desenvolvimento da criança da melhor forma possível (Brazelton & Cramer, 1992; Brazelton & Cramer, 1989).

Tendo em conta tudo o que foi anteriormente abordado podemos então afirmar que o desenvolvimento das crianças procede-se por fases ou etapas que não são imutáveis, ocorrem alterações tanto a nível físico como cognitivo perante as quais a criança se vai adaptando e progredindo, ou seja, desenvolvendo verdadeiramente. É com a mãe ou substituta que, ao nascer, a criança estabelece o primeiro contacto, numa relação de proximidade, conhecimento, adaptação e ajustamento formando-se um laço de afetividade com base num jogo de cooperação onde ambas as partes participam ativamente. A qualidade do vínculo estabelecido na infância irá determinar no futuro a personalidade, as características, as habilidades e a forma de estar perante a sociedade e a vida.

1.4.2. Perspetiva das Neurociências

Na perspetiva das neurociências o sistema nervoso central encontra-se em maturação na primeira infância, é nesta fase que existe maior vulnerabilidade a situações de risco e também maior plasticidade cerebral, sendo ideal para a aquisição de determinadas competências (Franco, 2007).

O desenvolvimento do sistema nervoso central tem início na vida intra-uterina e é influenciado por um conjunto de factores genéticos e ambientais. A herança genética que recebemos à nascença é que nos dá as pré-condições cognitivas sob a forma de potencial perante as quais atuam os processos de aprendizagem e de memória, modelando e adaptando o cérebro da criança (Pinheiro, 2007).

O desenvolvimento infantil nos primeiros anos de vida caracteriza-se por uma progressiva aquisição de funções tão importantes como o controle postural, a autonomia, a comunicação, a linguagem verbal e a interacção social. Esta evolução encontra-se estreitamente ligada à maturação do sistema nervoso e à organização emocional e mental (Grupo de Atencion Temprana, 2000, p.12).

No decorrer do desenvolvimento existem fases em que há mais probabilidade de concretização das características genéticas, isto é a interacção entre aspetos de ordem ambiental e maturativa fazem com que a criança adquira determinadas competências

em determinados momentos, os chamados períodos críticos ou sensíveis do desenvolvimento. Esta perspectiva defende a importância de uma Intervenção Precoce, no sentido de aumentar a probabilidade de alcançar bons resultados (Franco, 2007).

Tendo em conta que o desenvolvimento do cérebro não é linear, os períodos críticos ou sensíveis característicos do desenvolvimento vão permitir a aquisição de conhecimentos e o aperfeiçoamento das habilidades cerebrais. Nestes “períodos críticos” do desenvolvimento da criança é importante a estimulação sensorial positiva como, por exemplo, os cuidados e carinho da mãe, que irão fortalecer e aumentar as ligações neuronais, esta situação reflete-se no desenvolvimento cognitivo acelerado, nas emoções equilibradas e na capacidade de responder positivamente a novas experiências (Bartoszeck & Bartoszeck, 2004). As experiências positivas nos primeiros anos de vida poderão igualmente ajudar a criança na aquisição da linguagem, na resolução de problemas e também no estabelecimento de relações saudáveis com os adultos e pares (European Agency for Development in Special Needs Education, 2005). Quando as experiências se revelam negativas nos primeiros anos de vida, como por exemplo, situações de maus-tratos ou negligência, a possibilidade e a vulnerabilidade dos bebés a alterações do sistema nervoso central são maiores, no entanto, quando tais relacionamentos têm por base um desenvolvimento adaptativo, a criança com disfunções neurológicas tem a oportunidade de ser bem sucedida (Shonkoff & Marshall, 2000).

A maturação do sistema nervoso central condiciona uma maior vulnerabilidade perante as condições adversas do meio pelo que, qualquer obstáculo que provoque uma alteração na aquisição normal das competências próprias das primeiras fases do desenvolvimento pode colocar em perigo o desenvolvimento saudável e a aquisição de competências características de cada etapa do desenvolvimento. Nos primeiros anos de desenvolvimento das crianças, o cérebro é capaz de reorganizar padrões e sistemas de conexões sinápticas que permitem a aquisição de competências, de modo a readaptar o crescimento do organismo às novas aquisições intelectuais e comportamentais da criança, ou seja, o cérebro em desenvolvimento é considerado plástico (Pinheiro, 2007). A plasticidade cerebral proporciona ao sistema nervoso central uma maior capacidade de recuperação e organização orgânica e funcional, decrescendo com o avançar da idade e do desenvolvimento (Grupo de Atención Temprana, 2000, p. 14).

Tal como anteriormente referido, a plasticidade cerebral é maior nos primeiros anos de vida e diminui gradualmente com a idade, como tal a aprendizagem e a recuperação serão potencializadas se forem proporcionadas experiências ou estímulos precoces ao indivíduo (Delgado & Muela, 2004), daí a importância da perspectiva das neurociências em Intervenção Precoce. Porém, tal não significa que consoante o desenvolvimento se processa e a idade avança as pessoas deixem de aprender quando amadurecem, simplesmente perdem algumas das vantagens naturais da fase de maior plasticidade cerebral (Pinheiro, 2007).

Quando por algum motivo uma lesão cerebral não pode ser evitada, cabe aos profissionais da área da saúde, entre eles os técnicos das equipas de Intervenção Precoce, aumentar e aprofundar os seus conhecimentos neste campo, sendo necessário estudar cada vez mais a forma como os factores de protecção, existentes no ambiente poderão diminuir o impacto do desenvolvimento de uma lesão cerebral numa criança (Shonkoff & Marshall, 2000). É necessário uma intervenção atempada e de qualidade de modo a que os problemas de origem genética, biológica e ambiental possam ser reduzidos ou mesmo ultrapassados (Artiga & Seguí, 2003; Tegethof, 2007). Assim, a identificação e facilitação de tais factores de protecção assumem-se como componentes centrais na Intervenção Precoce (Shonkoff & Marshall, 2000).

Podemos então afirmar que a infância é uma fase do desenvolvimento em que muitas alterações, adaptações e aquisições são realizadas, é neste período que o sistema nervoso central se encontra em maturação e que existe maior vulnerabilidade a situações de risco bem como maior facilidade na aquisição de competências, resultante das características próprias do cérebro nesta etapa do desenvolvimento, como por exemplo, a plasticidade cerebral.

É necessário conhecer o desenvolvimento, dito normal, do sistema nervoso central bem como o impacto que determinadas lesões e disfunções têm no desenvolvimento das crianças para então se proceder a uma intervenção atempada e adequada de forma a que os problemas apresentados pelas crianças possam ser ultrapassados de forma vitoriosa. É importante que os factores de risco biológico sejam identificados precocemente no sentido de prevenção e/ou redução dos potenciais efeitos nefastos. Nos casos em que não se pode evitar as lesões biológicas, é fundamental, como se viu, que os profissionais aumentem os conhecimentos sobre a adaptação humana (Pérez-López, 2004). Uma intervenção atempada e adequada

permite reduzir e/ou ultrapassar os problemas de origem genética, biológica e ambiental que as crianças possam manifestar (Artiga & Seguí, 2003; Tegethof, 2007).

Posto isto, as neurociências assumem-se como uma componente de base fundamental na Intervenção Precoce pelas características de maturação e plasticidade cerebral que possibilitam, aquando uma intervenção adequada e em tempo oportuno, que os técnicos de Intervenção Precoce preconizem ações sobre o desenvolvimento evitando que os problemas e dificuldades se agravem e/ou promovendo o desenvolvimento nos primeiros anos de vida.

1.4.3. Teorias Contextuais e Sistémicas

1.4.3.1. Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner

Na perspetiva contextual, não se pode compreender o desenvolvimento fora do contexto social, onde o ser humano e o ambiente se encontram totalmente interligados.

Os processos de maturação biológica e cognitiva são processos intra-individuais e dinâmicos subjacentes à criança em desenvolvimento. Como seres bio-psico-sociais, o desenvolvimento das crianças ocorre sob a influência destes processos internos bem como, pelas operações que surgem entre a criança e as forças culturais, económicas e sociais que as rodeiam.

Em 1970, Urie Bronfenbrenner desenvolveu o modelo Bioecológico do desenvolvimento humano. Urie Bronfenbrenner (1979) no seu modelo Bioecológico refere que o desenvolvimento ocorre num contexto complexo, influenciado por uma multiplicidade de factores onde os vínculos que a criança estabelece socialmente, através da interacção com o meio tem impacto e influenciam, de forma direta ou indireta, o seu progresso desenvolvimental, proporcionando-lhe diferentes formas de apoio e orientação para lidar com os distintos desafios que a vida lhe vai propondo.

O modelo Bioecológico incorpora as componentes biopsicossociais da criança enquanto ser individual, dando especial ênfase aos indivíduos, grupos, sistemas e comunidades que rodeiam e sustentam o crescimento e desenvolvimento da criança sendo, constantemente, desafiado todo o sistema ecológico e social onde a criança se encontra inserida (Noffsinger et al., 2012). Nesta perspetiva, o desenvolvimento humano ocorre em termos sistémicos, havendo uma interacção mútua entre o indivíduo

ativo e os vários sistemas em que se insere, esta interação é caracterizada pela reciprocidade onde o ser humano em desenvolvimento molda e recria o meio ambiente no qual se encontra inserido.

Para Bronfenbrenner, a teoria Bioecológica reflete “uma adaptação mútua, ao longo da vida, entre um organismo humano em crescimento e os ambientes imediatos de mudança em que reside, pois este processo é afetado por relações obtidas dentro e entre estes ajustes, bem como a maioria dos contextos sociais em que as configurações são incorporadas” (Bronfenbrenner, 1977 cit in. Sabri et. al, 2013)

O autor caracteriza o desenvolvimento humano como um processo através do qual o indivíduo adquire uma conceção mais alargada, diferenciada e válida do ambiente ecológico, tornando-se capaz e motivado a desenvolver atividades que possibilitam “descobrir, manter ou alterar as propriedades desse mesmo ambiente “(Portugal, 1992 cit in. Pereira & Serrano, 2010).

É importante em Intervenção Precoce termos em conta este modelo bioecológico dado que defende que para compreendermos o desenvolvimento devemos estudar a criança nos seus múltiplos contextos ou sistemas ecológicos (Papalia, Olds & Feldman, 2001). O ambiente ecológico é percebido como um conjunto de estruturas que se associam onde cada estrutura é inserida no interior de uma nova, ou seja, não se eliminam, agregam-se.

Enquanto pressupostos, o modelo bioecológico afirma que a criança é um elemento á volta do qual se estabelecem relações, que influenciam o seu nele e com ele e que a interação entre a criança e o contexto é bidirecional e recíproca. Como tal, neste modelo, Bronfenbrenner identificou 4 parâmetros de contexto, nomeadamente, microssistema, mesossistema, exossistema e macrosistema.

O microssistema é o ambiente quotidiano imediato da família, escola ou vizinhança e refere-se ao padrão de atividades, às relações interpessoais e aos papéis que são experiênciados pela criança, reflete assim o ambiente ou o local onde o indivíduo pode estabelecer interações face a face com a família, a escola, a creche, a Universidade e todos os outros contextos onde se insere (Bronfenbrenner, 1979/1994).

O mesossistema é já um sistema mais complexo em relação ao sistema ecológico anterior, poderá afirmar-se que o mesossistema é a interação de vários microssistemas onde a criança se encontra, sugere assim uma rede social, formada pela criança e pelas pessoas que com ela interagem diretamente e que contribuem

para o seu desenvolvimento onde a criança é o elemento principal de referência (Bronfenbrenner, 1979/1994).

O mesossistema pode incluir inter-relações de dois ou mais ambientes em que o indivíduo em desenvolvimento participa ativamente, tal como relações entre casa e escola, reuniões de pais e professores ou relações entre a família e o grupo de pares (Yunes & Juliano, 2010; Papalia, Olds & Feldman, 2001).

O exossistema, reflecte as ligações entre dois ou mais contextos em que pelo menos num dos quais a criança não está inserida e/ou participa ativamente, porém, os eventos que ocorrem nestes contextos afetam a criança e são afetados por ela, como por exemplo, uma mãe que se sente frustrada no trabalho, pode tratar de forma inadequada a criança (Krebs, 2006; Papalia, Olds & Feldman, 2001).

Por último, o macrosistema diz respeito ao sistema de cultura, crenças e ideologias que regem os sub-sistemas e que servem de referência à criança em desenvolvimento. Assim, o modelo Bioecológico destaca a importância e a influência dos ambientes ecológicos no decorrer do desenvolvimento das crianças, onde a criança e o meio agem e interagem mutuamente de forma ativa. A interação resultante entre o ser humano e o meio onde ele se encontra inserido permite aceder a oportunidades de desenvolvimento e crescimento, a momentos estáveis e menos estáveis perante os quais a criança vai aprendendo a se ajustar, dando ainda acesso a interações afetivas e às relações de poder na dinâmica interpessoal (Bronfenbrenner, 1979/1994). Na Intervenção Precoce, o modelo Bioecológico veio contribuir para o facto de se incluir, nesta prática, os contextos externos à criança tais como a família e a escola. Como tal, qualquer intervenção deverá incluir o contexto ecológico onde se processa o desenvolvimento da criança (Pérez-López, 2004).

1.4.3.2. Modelo Transaccional de Sameroff

Sameroff e Chandler (1975) articularam uma das mais influentes conceituações da relação recíproca entre a natureza e a cultura ao proporem um modelo que denominaram de *Modelo Transaccional*, que se caracteriza por se afastar das explicações linearmente causais assentes em factores considerados isoladamente, sejam eles de ordem biológica ou ambiental.

Os autores contrapõem o construto de “*continuum de morbilidade reprodutiva (continuum of reproductive casualty)*” de Pasamanick e Knobloch (1964) apresentando

o *continuum de morbilidade de prestação de cuidados (continuum of caretaking casualty)*” que visa incluir os efeitos transaccionais de factores familiares e contextuais no decorrer do desenvolvimento da criança (Meisels & Shonkoff, 2000; Tegethof, 2007). Na perspectiva destes autores, o resultado e a qualidade do desenvolvimento irá depender dos cuidados prestados pelo contexto social em que a criança se encontra inserida defendendo que, um meio ambiente estimulante e acolhedor possivelmente eliminará os efeitos de complicações iniciais que poderão surgir ao nível do desenvolvimento, pelo contrário, um meio ambiente pouco estimulante e desadequado poderá servir como um catalisador perante dificuldades/complicações no processo de desenvolvimento das crianças (Tegethof, 2007).

Sameroff e Chandler (1975) ao desenvolverem o modelo Transaccional tiveram em consideração factores biológicos e sociais, porém, defendiam que estes por si só eram insuficientes para explicar e prever o processo de construção do desenvolvimento humano, afirmando que o impacto destes factores é mútuo e varia em função do tempo. De acordo com o modelo Transaccional, as crianças modificam o seu ambiente e são modificadas pelo ambiente que ajudaram a criar pelo que, o desenvolvimento não é o produto nem o reflexo das características do indivíduo ou mesmo do contexto experienciado, o desenvolvimento humano é constituído a partir da combinação entre o indivíduo e a sua experiência. (Sameroff & Chandler, 1975).

Os autores vieram propor um modelo inovador dado que atribuem importância, de igual modo, aos efeitos recíprocos da criança e do meio considerando o desenvolvimento como um processo que se vai efectivando através de interações contínuas, dinâmicas e bidireccionais entre a criança e as experiências, que lhe são proporcionadas pela família e pelo seu contexto social (Sameroff & Chandler, 1975; Sameroff & Fiese, 2000; Pereira & Serrano, 2010).

O modelo Transaccional defende que as alterações do comportamento ao longo do tempo resultam de um conjunto de interações entre indivíduos inseridos num sistema partilhado, por exemplo, numa díade onde mãe e filho influenciam-se reciprocamente ocorrendo alterações ao nível do comportamento por meio de transações (Hansel & Bolsanello, 2012; Sameroff & Fiese, 2000).

É com base neste modelo que, a partir dos anos 80, se começa a valorizar cada vez mais a compreensão dos factores de risco, biológicos ou sociais, levando a um

crescente interesse e a uma maior atenção aos contextos de desenvolvimento e às interações que nele se estabelecem (Tegethof, 2007).

Os diferentes contextos em que a criança está inserida bem como as inter-relações, neste modelo transaccional, têm grande importância e impacto no desenvolvimento da criança, sendo a família o principal contexto de desenvolvimento.

De acordo com Almeida (2004), a criança e a família encontram-se permanentemente inseridas na comunidade, com redes sociais e rodeadas de normas e atitudes próprias, pelo que, é importante a coordenação de serviços e recursos de forma eficaz que possibilite responder atempadamente às necessidades destas.

Os conceitos apresentados pelo Modelo Transaccional, em Intervenção Precoce revelaram-se importantes e de grande impacto pelo facto de corroborarem o conceito de que estes programas não podem ter sucesso apenas se a criança for alvo de intervenções (Serrano, 2007). Assim, as intervenções devem ocorrer no meio ambiente e ser efectivadas no sentido de melhorar as capacidades e o desenvolvimento das crianças, permitindo que o trabalho seja alongado à análise de risco e a intervenção realizada com as famílias e a comunidade ajudando a entender porque motivos as condições iniciais não determinam os resultados no desenvolvimento (Serrano, 2007).

A Intervenção Precoce beneficiou com a contribuição deste Modelo Transaccional na medida em que, foram apontados/identificados objetivos e estratégias de intervenção para além da crescente criação de programas e currículos, reforçando assim os primeiros anos de vida da criança enquanto período relevante para a prevenção e/ou melhoria das dificuldades ao nível do desenvolvimento (Cruz, Fontes & Carvalho, 2003; Seguí & Artiga, 2003). Desta forma, é visível uma evolução no que respeita á população alvo em termos de intervenção, passando a se considerar, de forma mais vincada, o papel e a influência da família bem como os contextos no desenvolvimento da criança, ao invés de uma intervenção centrada na criança (Pimentel, 2005).

1.5. Funcionamento da Intervenção Precoce

1.5.1. Níveis de Intervenção

Intervir o mais precocemente possível, perante as dificuldades ou problemas do desenvolvimento manifestados pelas crianças, permite uma melhoria substancial da qualidade de vida das crianças e previne que outras alterações do desenvolvimento se manifestem, assim, a Intervenção Precoce deverá atuar na adopção de medidas de prevenção, na detecção precoce de risco de deficiência ou perturbação e na intervenção rumo a um maior desenvolvimento físico, mental e social (Grupo de Atención Temprana [GAT], 2000).

Na Intervenção Precoce existe uma necessidade de estabelecer relações entre os vários programas e serviços que atuam no contexto da criança e da sua família (GAT, 2000) no sentido de se reunirem esforços na mesma direcção, desta forma, podem estabelecer-se três níveis de intervenção: a prevenção primária, a prevenção secundária e a prevenção terciária.

A prevenção pode ser definida como a antecipação de uma intervenção, ou seja, a possibilidade de diagnosticar precocemente e de, através de uma equipa interdisciplinar, intervir o mais cedo possível a partir dos sinais que alertam para um possível risco de desenvolvimento (Barbosa, 2007).

A prevenção primária corresponde às medidas de atuação e prevenção ao nível da saúde e possui como objetivo a promoção do bem-estar das crianças e das suas famílias (GAT, 2000). Estas medidas têm um carácter universal uma vez que tentam chegar a toda uma determinada população. A prevenção primária ocorre antes que os problemas surjam, nomeadamente, em situações de risco (como por exemplo, mães adolescentes, gravidez de risco, populações em desvantagem sócia económica), evitando que as dificuldades ocorram (Breia, Almeida & Colôa, 2004; Bairrão, 2006). A Intervenção Precoce, a este nível, visa identificar as circunstâncias que podem ser relevantes para a elaboração de normas e direitos universais no âmbito da promoção e protecção do desenvolvimento infantil (GAT, 2000).

De acordo com o Despacho Conjunto nº 891/99 2009 (Diário da República, 1999), a prevenção primária exige a atuação dos serviços de saúde, da educação e da acção social. Desta forma, a Intervenção Precoce organiza-se numa base comunitária, descentralizada, coordenada e flexível, privilegiando uma atuação integrada dos

serviços e instituições envolvidas, potenciando e assegurando o desenvolvimento de dinâmicas locais.

A prevenção secundária é praticada após a identificação dos problemas mas antes que cause uma disfunção, relaciona-se com a detecção precoce de síndromas, transtornos, perturbações ou situações de risco nas crianças (Sameroff & Feise, 2000; GAT, 2000). Implementa-se através de programas especiais dirigidos a determinadas populações de risco, como por exemplo crianças prematuras com menos de 32 semanas ou 1500 gr., grávidas adolescentes com menos de 18 anos, em risco de disfunção relacional, grávidas com mais de 35 anos, em risco de cromossomopatia, entre outros (Sameroff & Feise, 2000; GAT, 2000). A investigação epidemiológica permite identificar os grupos de risco que requerem uma atenção especial, predizendo para quem se devem dirigir determinadas campanhas de prevenção e sensibilização (GAT, 2000)

A prevenção terciária corresponde à intervenção em situações de crise biopsicossocial (como por exemplo, o nascimento de uma criança com incapacidade ou aparecimento de uma perturbação do desenvolvimento) e à redução de sequelas existentes em situações já diagnosticadas ou identificadas tentando, assim, melhorar e não permitir o agravamento das dificuldades manifestadas pelas crianças (Bairrão, 2006).

A Intervenção Precoce, neste nível de prevenção, visa criar condições para que estes problemas não se agravem e desenvolver soluções possíveis para os mesmos, trabalhando com a criança em concreto e com a sua família, de forma a ajudar na reorganização das mesmas (GAT, 2000; Tegethof, 2007). Poderá afirmar-se que a prevenção terciária baseia-se numa intervenção “correctiva, aumentativa ou compensatória e de um apoio à dinâmica familiar tendo como foco principal a reabilitação e reparação” (Tegethof, 2007; Moore, 2001).

Em Intervenção Precoce, a prevenção terciária corresponde a todas as actividades dirigidas à criança e ao meio onde está inserida, a fim de melhorar o seu desenvolvimento. Os factores de risco devem ser atenuados ou modificados com esta intervenção, dirigida à criança, à família e ao meio ambiente. Os programas de Intervenção Precoce não poderão ser bem sucedidos se as alterações forem apenas desenvolvidas ao nível da criança. Assim sendo, também se deverão efectuar alterações no ambiente, a fim de aumentarem a competência da criança, protegendo-a de situações de stress no futuro (Sameroff & Fiese, 2000).

A optimização das condições de interacção criança/família, é outro fundamento da prevenção terciária que se efectua através da informação sobre a problemática em causa, o reforço das respectivas capacidades e competências, a identificação dos seus recursos e da comunidade, e também o reforço da capacidade de decidir e controlar a sua dinâmica familiar (Diário da República, 1999).

As equipas de Intervenção Precoce deverão apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas da segurança social, da saúde e da educação, envolvendo a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social (Diário da República, 1999). É ainda assegurado às crianças a protecção dos seus direitos e também o desenvolvimento das suas capacidades.

O trabalho diário, realizado em equipa pelos distintos profissionais da área da saúde e educação, dá às famílias e às suas crianças os recursos e o apoio necessário para lidar com os problemas ou alterações ao nível do desenvolvimento que possam pôr em risco o percurso e crescimento normal das crianças. Tendo em linha de pensamento tudo o que foi anteriormente mencionado, podemos então afirmar que os níveis de prevenção são uma componente muito importante na Intervenção Precoce, pois, permite antecipar o processo de intervenção através de um diagnóstico precoce levando a uma atuação no terreno, dos profissionais das equipas de Intervenção Precoce, o mais cedo possível o que por sua vez, diminui o impacto e/ou o agravamento de dificuldades que as crianças possam manifestar.

1.5.2. Equipas: Interdisciplinares, Multidisciplinares, Transdisciplinares

O ser humano é um ser complexo e em constante desenvolvimento biopsicossocial, para fazer face à complexidade humana e aquando a apresentação de determinado problema ao nível do desenvolvimento é necessário intervir consoante a problemática manifestada, como tal é crucial a intervenção por parte de profissionais qualificados de diferentes áreas.

A Intervenção Precoce é uma prática que é realizada em equipa e é importante que os membros constituintes da equipa trabalhem, em conjunto, de acordo com objetivos e estratégias definidas por eles, rumo ao bem estar da criança e da sua família (Franco, 2007a).

De acordo com Franco (2007b), em Intervenção Precoce, uma equipa pode ser definida como uma unidade funcional composta por vários técnicos que em conjunto

coordenam as suas actividades no sentido de prestar os seus serviços às crianças e famílias. Estes técnicos possuem formação especializada, no entanto diferenciam-se no que respeita a saberes e orientação teórica, tal como a medicina, a educação, o serviço social, a terapia da fala, a psicologia, a enfermagem, entre outros (Serrano & Abreu, 2010), que em articulação possibilitam uma intervenção mais abrangente e integrada dos diferentes aspectos do desenvolvimento da criança e da sua família.

Em Intervenção Precoce, são três os modelos de equipa que tanto se fala e que permitem estipular o tipo de intervenção e funcionamento de equipa, designadamente, modelo multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar.

O modelo multidisciplinar desenvolveu-se com base num outro modelo que o antecedeu, o modelo disciplinar. No modelo disciplinar, as intervenções efetuadas pelos técnicos eram realizadas isoladamente e de forma independente, ou seja, sem qualquer inter-relação sendo que, a intervenção era efetuada de acordo com o modelo médico e, sobretudo ao nível da reabilitação e da educação especial (Apolónio, et. al., 1999). No entanto, a necessidade de ultrapassar este domínio disciplinar levou à sua evolução e substituição pelo atual modelo multidisciplinar que enfatiza a importância e a necessidade de múltiplos profissionais numa intervenção adequada à situação e necessidade das crianças e das famílias. De acordo com este último modelo as equipas constituem-se por várias disciplinas em simultâneo mas sem existir cooperação entre elas, uma vez que, os profissionais avaliam, planeiam e intervêm separadamente, não tendo uma intervenção articulada (Kwee, 2006; Breia, Almeida & Côloa, 2004). Estas equipas correm o risco de uma coordenação deficitária pelo que os profissionais poderão não chegar a acordo (Artiga & Seguí, 2003).

Apesar de o modelo multidisciplinar reforçar a necessidade de uma equipa múltipla ao nível de saberes, o resultado do trabalho destes profissionais é visto em termos de somatório das actividades desenvolvidas por cada um dos técnicos. A orientação que cada profissional de Intervenção Precoce segue, depende da sua perspectiva profissional e da sua formação, e cada um tomará as suas próprias decisões, com base num trabalho individual e isolado (Franco, 2007a).

A falta de comunicação e de troca de saberes entre os profissionais, levou a que fosse posto em causa a eficácia deste modelo, pois, não permite uma abrangência de respostas integradas perante as necessidades das crianças e da família. Cada especialista tem uma visão parcelar da realidade e a comunicação deficitária entre os intervenientes poderá levar à duplicação ou falhas na prestação de serviços (Breia,

Almeida & Colôa, 2004). No entanto, não nos podemos esquecer que este modelo veio trazer um conceito e modo de funcionamento que antes não existia, a contribuição de vários especialistas e a ideia de equipa, servindo de base para o desenvolvimento dos modelos inter e transdisciplinar (Breia, Almeida & Colôa, 2004; Tegethof, 2007).

No modelo interdisciplinar, há uma maior partilha de informação entre os técnicos em relação ao modelo abordado anteriormente, porém, a atuação de cada profissional é planeada e executada de forma independente (Apolónio et. al, 1999). Este modelo é mais integrado que o modelo multidisciplinar dado que existe uma estrutura formal de interação e de trabalho em equipa onde, apesar das tarefas serem realizadas individualmente, há uma partilha de informação complementando, assim, o trabalho dos restantes profissionais da equipa (Franco, 2007a; Artiga & Seguí, 2003). Neste modelo onde já começa a existir uma maior partilha de informação, os profissionais das diferentes especialidades avaliam e intervêm separadamente mas, partilham informações e instrumentos no sentido de elaborar um plano comum. A família é também um agente ativo neste processo, reunindo-se com a equipa ou com o representante desta para um acompanhamento mais regular das suas crianças (Breia, Almeida & Colôa, 2004).

Este pode ser considerado um modelo vantajoso na medida em que a equipa passa agora a se reunir com frequência para o estudo de casos, definição de prioridades e partilha de informação, evitando ou tentando evitar a probabilidade de duplicação e sobreposição de serviços. No entanto, continua a prevalecer a perspectiva de cada disciplina ou de cada especialista no planeamento/intervenção, sendo de destacar determinado técnico de acordo com a natureza da problemática apresentada pela criança. Este aspecto é apontado como uma limitação deste modelo de equipa. Como afirma Franco (2007a), “como é cada profissional a fazer a sua própria avaliação e selecção de prioridades, a tomada de decisão, quanto à orientação do caso, tende a reflectir as relações de poder entre os técnicos, mais do que as reais necessidades da criança e da família”. Ainda como limitação do modelo interdisciplinar, podemos apontar o facto de haver um significativo número de profissionais envolvidos num mesmo caso, pois, este aspecto poderá ser constrangedor para a família, dado que esta se encontra em número reduzido podendo sentir-se em posição de submissão. A necessidade de interagir com

profissionais de diferentes especialidades, muitas vezes com diferentes perspectivas, pode contribuir para uma sobrecarga para as famílias (Breia, Almeida & Colôa, 2004).

O modelo transdisciplinar surge de modo a colmatar as falhas do modelo interdisciplinar, nomeadamente, pelo facto de os programas interdisciplinares serem menos eficazes nas intervenções dado que eram fragmentados e muitas vezes causavam controvérsias entre os profissionais, (Pinto, et. al., 2009). Este modelo é considerado na literatura como o modelo mais adequado a esta prática e tipo de intervenção devido á abordagem holística que possui em relação à criança e á família, através da partilha e troca de saberes entre os profissionais.

De acordo com Franco (2007b), o modelo transdisciplinar vai diferenciar-se e destacar-se dos mencionados anteriormente em vários aspectos, designadamente, no que se relaciona com a abordagem das várias dimensões que o trabalho em Intervenção Precoce exige; na detecção e identificação dos casos elegíveis; pelo princípio de cooperação e articulação entre os diferentes técnicos e serviços bem como, pelas diferentes formas de encaminhamento da criança para a equipa. De acordo com este modelo e ao contrário dos anteriores, qualquer profissional que detecte a criança encaminha-a para a equipa de intervenção ao invés de estabelecer logo o seu programa de intervenção e sujeitá-la a várias avaliações.

O modelo transdisciplinar possibilita a fusão entre as diferentes ciências e disciplinas, com o objetivo de integrar teorias e métodos de investigação na procura de soluções perante problemas complexos, diminuindo as fronteiras entre os técnicos e aumentando a comunicação, interação e cooperação entre os vários profissionais, e entre estes e os pais, que são considerados também como um membro da equipa (Kwee, 2006; Pimentel, 2005). Assim sendo, os membros da equipa deverão dar apoio e reconhecimento a cada um, de forma que, todos os profissionais tomem consciência da sua própria competência e poder (Cornwell & Korteland, 1997). Existe uma total corresponsabilidade de todos os técnicos da equipa, quer nas tomadas de decisão, quer na avaliação dos resultados, onde cada técnico tem a possibilidade de integrar conhecimentos e estratégias que ultrapassam a sua formação de base (Franco, 2007a). O modelo transdisciplinar tem benefícios directos para a família e para a criança, tal como o facto de a família ser respeitada como membro da equipa, estabelecendo uma relação privilegiada com os técnicos (Graça, et. al., 2010), avaliando, planeando e implementando os programas em conjunto.

Tal como os outros modelos, este também não poderia deixar de ter algumas limitações, designadamente, são sentidas dificuldades em definir, adequadamente, o responsável de caso para cada situação; a dificuldade de muitos profissionais em partilhar os seus saberes, de forma a apoiar os outros no desempenho de tarefas que, tradicionalmente, pertenciam à sua área de especialização; responsáveis de caso com menos experiência ou formação podem não se sentir preparados a proporcionar serviços eficazes; as necessidades da família podem ser um desafio para o responsável de caso que normalmente tem mais experiência no trabalho directo com a criança (Breia, Almeida & Colôa, 2004). Contudo, este é considerado atualmente o modelo mais vantajoso para uma abordagem global do desenvolvimento, resultando no aperfeiçoamento do trabalho em equipa e fortalecendo a intervenção no apoio às necessidades múltiplas e integradas das crianças e famílias (Apolónio, et. al., 1999).

2. Identidade Profissional

A identidade é o processo através do qual os seres humanos se diferenciam uns dos outros permitindo adquirir um carácter de unicidade e distinção que reflete a forma como se vê e é visto pela sociedade onde se encontra inserido.

A criança quando nasce é já um agente activo na construção da sua identidade dado que começa logo a participar num mundo repleto de expectativas, desejos e nomeações atribuídas pelos seus familiares, porém, muitas vezes, factores independentes do controle da criança fazem também parte do processo de construção da sua identidade, nomeadamente, a língua materna, composição familiar, nome, morada e classe socioeconómica que são impostos, alguns inalteráveis ao longo do tempo (língua materna e composição familiar) outros, dependentes da maturação física, mental ou emocional necessária para fazê-lo e que à nascença a criança ainda não possui (Ciampa 1993 cit in. Pimenta & Pimenta, 2010).

A identidade pode ser vista como uma metamorfose constante que ocorre através das relações sociais que o ser humano estabelece e pela importância que lhes atribui o que permite experienciar a vida real (Ciampa 1993 cit in. Baptista, 2002). Esta é uma construção realizada no meio ambiente onde nos encontramos inseridos sendo que a adequação do nosso comportamento vai-se moldando e construindo consoante o feedback das pessoas com quem nos relacionamos diariamente, o que ajuda a

refinar e construir progressivamente a nossa identidade (Baptista, 2002; Pimenta & Pimenta, 2010).

Para autores como Berger e Luckmann (1973), que discutem as relações de interdependência entre a sociedade e o indivíduo, a sociedade reforça os padrões que são considerados adequados e aceites em cada cultura sendo que, a construção da identidade ocorre com base em dois pilares de socialização fulcrais, sendo estes, a socialização primária e a socialização secundária. É na socialização primária que adquirimos os papéis, valores e atitudes dos outros significativos reflectindo-se, estes, ao longo da socialização secundária em articulação com saberes específicos que são interiorizados a partir de “submundos institucionais”, tais como os saberes profissionais (Berger & Luckmann, 1973). Na socialização secundária, aos poucos, o ser humano vai se habilitando para o trabalho, tendo este importância no que se relaciona com a posição que o sujeito assume na sociedade, e através dele ganha notoriedade e reconhecimento, logo uma posição social (Pimenta & Pimenta, 2010).

Segundo Dubar (1997, citado por Pimenta e Pimenta, 2010) a identidade pode ser dividida em dois tipos: identidade virtual e identidade real ou profissional. A interiorização do conhecimento (identidade virtual), o experimentar e o realizar é que dão lugar ao processo de construção da identidade e apenas quando o ser humano desempenha determinada função é que se poderá falar em identidade dita “real ou profissional” (Pimenta & Pimenta, 2010). A identidade social é construída com base em dois processos identitários: o processo biográfico que reflecte a construção, ao longo do tempo, de identidades profissionais e sociais com base em transações internas ao indivíduo e, o processo relacional com base em transações externas ao indivíduo, correspondendo este ao reconhecimento em determinada altura e em determinado lugar da “legitimação das identidades associadas aos saberes, competências e imagens expressas nos respectivos sistemas de acção “ (Dubar, 1997 cit in. Pimenta & Pimenta, 2010).

De acordo com Berger e Luckmann (1973), a identidade social pode ser encarada como a localização num certo mundo e só poderá ser compreendida, em termos subjetivos, juntamente com esse mundo. A identidade social é composta por uma diversidade de aspetos, entre eles a língua, a cultura, o grupo social, as convicções religiosas e políticas e os papéis adquiridos na divisão social do trabalho (Ponte & Oliveira, 2002).

Relativamente à constituição da identidade profissional, esta encontra-se também vinculada aos outros, destacando aqueles que de alguma forma estão relacionados com o campo profissional sendo que, factores como a educação, flexibilidade e comprometimento servem de facilitadores ou limitadores ao desenvolvimento da identidade profissional (Dubar, 1997 cit in. Pimenta & Pimenta, 2010). Por partilharem um conjunto de papéis que lhes são atribuídos em função das suas competências, na sociedade podemos encontrar um grande leque de profissões com uma identidade profissional própria, tal como o caso dos psicólogos.

O conhecimento académico, profissional e de senso comum adotam papéis e formas distintas, correspondendo cada um deles a uma prática profissional diferenciada (Ponte, 1994 cit in. Ponte & Oliveira, 2002). Os diversos papéis que o ser humano desempenha no decorrer da sua vida são parte integrante da construção da identidade, no caso dos psicólogos tal não poderia ser diferente.

A construção da identidade profissional é um processo que surge quando ocorre por parte do sujeito o desejo e o interesse por uma dada profissão, neste caso pela psicologia, a partir das primeiras identificações e representações sobre o exercício da prática do psicólogo, em mente na altura de seleccionar a profissão (Krawulski & Patricio, 2005 cit in. Mazer & Melo-silva, 2010). A construção da identidade profissional do psicólogo assenta num conjunto de experiências que envolvem a concepção do mundo e a adoção de valores até o exteriorizar em modo de escolhas e comportamentos (Agirre et al., 2000 cit in. Mazer & Melo-silva, 2010)

As profissões caracterizam-se pelo domínio de um conjunto de saberes específicos, socialmente valorizados e fora do alcance da generalidade dos membros que constituem a sociedade, profissões com normas e valores próprios, com capacidade de auto-regulação e independência perante a restante sociedade (Ponte & Oliveira, 2002). No caso dos psicólogos, o conhecimento profissional envolve o conhecimento do comportamento e da mente humana e outros papéis profissionais, tal como compreender, escutar, orientar, aconselhar, entre outros.

Krawulski (2004) afirma que em psicologia a identidade profissional pode-se caracterizar como uma construção social que se forma a partir de um leque de experiências ao longo do percurso profissional, iniciando-se na formação base. Assim, a identidade profissional seria aquilo que apresenta e identifica o profissional, a forma como ele se posiciona na sociedade e dá a conhecer, algo que se constrói com o

tempo e com a prática, levando à incorporação de um papel (Mazer & Melo-Silva, 2010).

3. Estudos Empíricos

Nos últimos anos a Intervenção Precoce tem se desenvolvido a grande velocidade pelo interesse a nível de adequação de práticas, população a quem se deve dirigir, funcionamento e organização das equipas, envolvimento com a comunidade e uma série de questões que se têm imposto perante a prática interventiva dos profissionais, que se encontram directa ou indirectamente implicados na Intervenção Precoce. Rumo ao aperfeiçoamento e adequação desta prática, uma série de estudos têm emergido no sentido de colmatar possíveis lacunas que em Intervenção Precoce ainda possa existir.

O interesse nos serviços prestados tem sido uma constante nesta prática interventiva o que despoletou alguns estudos mais direccionados para a satisfação das famílias, adequação das práticas e percepções de profissionais e prestadores de cuidados (Gronita, Matos, Pimentel, Bernardo & Marques, 2011; Tegethof, 2007; Pimentel, 2005; Pereira, 2009; Pimentel, Correia & Marcelino, 2011; Pereira & Serrano, 2010; Mendes, Pinto & Pimentel, 2010). No entanto, na literatura a grande maioria dos estudos encontrados direccionam-se mais para a adequação das práticas em Intervenção Precoce sendo que a percepção dos profissionais e a percepção dos prestadores de cuidados ainda não foi muito abordado/estudado.

Tem havido uma preocupação emergente com o trabalho que os técnicos de Intervenção Precoce têm desenvolvido no que respeita à qualidade e adequação dos serviços prestados às famílias e às crianças pelo que, é considerada importante uma análise acerca dos desafios que são colocados todos os dias a estes profissionais que atuam no terreno assim, ao que parece, é fundamental que estes possam ter acesso a uma formação abrangente que lhes permita tomar decisões e intervir com a criança, a família a comunidade e os serviços que se encontram implicados no funcionamento desta prática (Shonkoff & Phillips cit in. Tegethof, 2007).

Uma das questões da Intervenção Precoce relaciona-se com a avaliação das práticas neste domínio, no sentido de averiguar se a intervenção tem sido feita tal como mencionada, ou seja, centrada na família e com base nos contextos naturais de aprendizagem da criança ou se, por outro lado, tem sido centrada na criança e fora do contexto natural da mesma. Como tal, através de dois estudos de caso realizados por Pimentel, Correia e Marcelino (2011) foi possível verificar que há ainda muita

dificuldade por parte das equipas de Intervenção Precoce em implementar uma abordagem mais dirigida à família bem como intervir no contexto natural da criança.

Num estudo desenvolvido por Pereira (2009) acerca das práticas profissionais em Intervenção Precoce é possível verificar-se que os profissionais que possuem formação neste domínio bem como os que têm mais tempo de serviço utilizam, com mais regularidade, uma intervenção baseada na abordagem centrada na família. Ainda no mesmo estudo, a autora faz referência ao facto de ocorrer uma discrepância no que se relaciona com as práticas centradas na família e o grau de importância que lhe é atribuído, ou seja, é considerado importante, porém uma prática que não é efetuada com regularidade pelos profissionais. Perante isto, a autora refere que os resultados apontam e revelam a necessidade de investimento em diferentes modalidades de formação (inicial, especializada e contínua) de modo a promover e solidificar o conhecimento, adequar os serviços de I.P., adquirir competências e qualificar o desempenho dos profissionais no sentido de melhorar a qualidade dos serviços prestados e beneficiar assim a população abrangente.

Num outro estudo, Mendes, Pinto e Pimentel (2010) afirmam que um dos padrões que garantem qualidade aos serviços de Intervenção Precoce relaciona-se com a formação dos profissionais, reforçando uma formação inicial para delimitar qualificações e competências e uma formação especializada para formar profissionais especializados e qualificados em Intervenção Precoce, tal como já tinha sido referido no estudo efectuado por Pereira (2009). Os autores fazem, ainda, referência e valorizam a importância de haver supervisão aos profissionais que se encontram implicados em programas de Intervenção Precoce.

Pereira e Serrano (2010) num estudo que realizaram acerca da Intervenção Precoce em Portugal verificaram que os profissionais Portugueses que integram as equipas de Intervenção Precoce consideram que, no seu dia a dia, efetuam práticas centradas na família, no entanto, segundo este estudo e ao encontro dos estudos mencionados anteriormente, foi de igual modo verificada uma discrepância entre as práticas implementadas por estes profissionais e o grau de importância que lhes é atribuído. Ainda no mesmo estudo os autores obtiveram resultados que indicam que as práticas centradas na família são mais evidentes nas etapas de planificação e de intervenção e menos evidentes nos primeiros contactos e avaliação. Pereira e Serrano (2010) debruçaram-se também sobre a relação existente ou não entre a formação inicial de base e as práticas centradas na família. De acordo com o estudo,

na perspectiva dos profissionais, é possível observar-se que os mesmos não consideraram este um dado relevante para a realização diária deste trabalho com uma abordagem centrada na família, ou seja, independente da formação base ou inicial. Os autores verificaram, ainda, que os profissionais que evidenciaram melhores resultados em todas as etapas das práticas centradas na família foram os psicólogos e os educadores de infância.

Rodrigues (2011) desenvolveu um estudo, na ilha da Madeira, acerca da percepção dos educadores de infância acerca da Intervenção Precoce e constatou que os educadores de infância possuem um conhecimento global deste serviço, porém o estudo sugere ações dirigidas a estes profissionais de modo a dar a conhecer os procedimentos mais específicos, principalmente no que se refere à sinalização e encaminhamento de casos, dado que só metade da amostra é que conhecia os respectivos formulários. Neste estudo foi ainda abordado a questão de formação em Intervenção Precoce onde grande parte dos educadores participantes afirmou ter tido formação em Intervenção Precoce no decorrer da sua área do saber, porém, tal formação já tinha ocorrido a mais de 5/6 anos e por breve período de tempo para além de que, os resultados apontaram para o facto de os educadores mais novos serem os que possuem mais formação contínua neste campo.

Como se pode verificar pelos estudos que têm vindo a ser desenvolvidos nos últimos anos, a Intervenção Precoce tem vindo a se debruçar muito sobre as práticas dos profissionais de Intervenção Precoce que se encontram inseridos nas equipas. Estudos que reforçam uma abordagem centrada na família bem como, a necessidade de formação específica neste domínio de Intervenção Precoce no sentido de ocorrer uma resposta mais adequada e especializada, por parte dos profissionais, ao se depararem diariamente com as dificuldades das crianças, das famílias e comunidade.

II – Estudo Empírico

1. Objetivos do Estudo

Tal como referido, a intervenção precoce tem como objetivo prestar apoio a crianças dos 0 aos 6 anos de idade que manifestem ou estejam em risco de manifestar alterações ao nível do desenvolvimento. Este apoio é prestado por equipas que integram vários profissionais da área da saúde e educação, entre eles os psicólogos.

A integração de psicólogos em equipas de Intervenção Precoce parece de grande relevância dado que, estes profissionais, enquanto membros integrantes ou técnicos das equipas de Intervenção Precoce, procuram identificar problemas e compreender a criança quanto aos seus sistemas sociais, designadamente, a sua família (Gronita, Matos, Pimentel, Bernardo & Marques, 2011).

A infância é um período de grandes alterações, tanto a nível físico como psicológico, no qual o desenvolvimento se processa a uma grande velocidade. A criança faz constantes aquisições e passa por várias etapas do desenvolvimento, principalmente nos primeiros 3 anos de vida, porém, nem sempre ocorre um crescimento padrão pelo que, algumas crianças evidenciam dificuldades numa ou mais áreas do desenvolvimento (Papalia, Olds & Feldman, 2001; GAT, 2000).

O interesse despertado pelo estudo da *identidade profissional dos psicólogos nas equipas de Intervenção Precoce* emerge do facto dos psicólogos que integram as equipas de Intervenção Precoce diferenciarem-se dos perfis clássicos tanto do psicólogo clínico como do psicólogo educacional e da sua ação depender, essencialmente, da forma como a intervenção é concebida e organizada no âmbito de cada equipa e dos modelos teóricos de organização e de intervenção que lhe subjazem.

Dada à complexidade ao nível de funções, profissionais, população e domínios que esta prática interventiva requer e abrange é do nosso interesse compreender, a partir do interior das equipas, como é que é caracterizada a atividade dos psicólogos, o seu perfil profissional e a sua identidade profissional neste domínio bem específico da Intervenção Precoce, nomeadamente, a) compreender quais as funções desempenhadas pelos psicólogos nas equipas de Intervenção Precoce e respetivas especificidades; b) qual a importância que os psicólogos atribuem ao trabalho que desenvolvem nessas equipas e c) quais os aspetos de formação que são entendidos como relevante para se trabalhar nas equipas de Intervenção Precoce

2. Metodologia

Perante o interesse despertado em compreender quais as particularidades de funções desempenhadas pelos psicólogos nas equipas de Intervenção Precoce e tendo em conta os nossos objetivos de estudo considerámos pertinente utilizar uma abordagem qualitativa dado que esta nos permite aceder a experiências vividas, comportamentos, emoções e sentimentos, ou seja, possibilita-nos uma pesquisa que produz resultados não alcançados através de procedimentos estatísticos.

De acordo com Fernandes e Maia (2001), a metodologia qualitativa é utilizada em estudos que contextualizam o conhecimento, dando especial ênfase ao próprio processo de construção do conhecimento onde o investigador assume um papel ativo e participante, não existindo produção de conhecimento independente do sujeito conhecedor.

A investigação qualitativa possibilita um conhecimento acerca das perspetivas e comportamentos das pessoas, possibilitando assim uma compreensão mais ampla sobre ela, os estudos qualitativos parecem evidenciar pontos estratégicos para possíveis intervenções uma vez que, permitem emergir alternativas que não tinham sido previamente consideradas (La Cuesta, 1998).

De entre a multiplicidade de abordagens existentes no âmbito da investigação qualitativa interessou-nos a abordagem da Grounded Theory que tem vindo, progressivamente, a ser cada vez mais utilizada pelos investigadores no âmbito das ciências sociais e humanas, designadamente, em diferentes áreas da psicologia (Fernandes & Maia, 2001). Várias razões nos moveram na escolha deste método, entre elas e em primeira instância a particularidade dos seus pressupostos que nos despertou o interesse; a possibilidade de uma maior aproximação da perspetiva e da prática diária destes profissionais; a possibilidade de o investigador assumir uma participação ativa ao longo de todo o processo; o facto de não existir à priori teoria em que pudéssemos fundamentar a nossa pesquisa nem suportar o nosso estudo sendo, toda ela, construída de raíz de acordo com os dados que foram emergindo e, ainda, compreender a multiplicidade de realidades dentro do mesmo contexto ou área profissional, a Intervenção Precoce.

2.1. A Grounded Theory

A Grounded Theory foi desenvolvida por dois sociólogos, Anselm Strauss e Barney Glaser com origens filosóficas distintas e pesquisas divergentes, no entanto com igual importância em termos de contribuição na construção desta abordagem qualitativa (Strauss & Corbin, 2008).

Strauss construiu o seu percurso profissional na investigação, pois, formou-se na Universidade de Chicago que possui um longo histórico e uma forte tradição no que concerne à pesquisa qualitativa. O crescimento profissional de Strauss ao longo dos anos contribuiu de modo crescente para a construção da Grounded Theory, nomeadamente, no que se relaciona com a necessidade de pisar o terreno onde tudo parece acontecer; pela importância da teoria com base nos dados; pela diversidade e complexidade dos fenómenos e dos comportamentos humanos; pela crença de que o ser humano assume um papel ativo na resposta a situações problemáticas e que atua de acordo com os significados que atribui, sendo estes definidos e redefinidos através da interação; pela sensibilidade necessária para descobrir a natureza dos eventos do processo bem como pela compreensão acerca das interrelações existentes na tríade estrutura-ação-consequência (Strauss & Corbin, 2008; Fernandes & Maia, 2001; La Cuesta, 2006; Goldkuhl & Cronholm, 2010).

Glaser diferia de Strauss no que respeita à sua tradição sociológica, mas algumas das características eram compartilhadas, o que permitiu que estes dois investigadores se unissem neste trabalho conjunto. Glaser formou-se na Universidade de Colômbia, fortemente influenciado pelos trabalhos de pesquisa de Paul Lazarsfeld, conhecido pela sua aptidão ao inovar os métodos qualitativos. O seu contributo para a abordagem da Grounded Theory encontra-se essencialmente no método de comparação constante movendo e relacionando conceitos e enfatizando desta forma a investigação empírica no desenvolvimento e construção de teoria (Strauss & Corbin, 2008; Fernandes & Maia, 2001; La Cuesta, 2006; Goldkuhl & Cronholm, 2010).

Da união destes dois autores, surgiram vários trabalhos de investigação, um dos primeiros trabalhos efetuados decorreu em contexto hospitalar com doentes em fase terminal no sentido de compreender de perto a realidade desta população sem que houvesse especulações e garantindo, assim, validade e correspondência real dos dados na investigação. Como tal, propuseram um modelo de investigação Grounded, no sentido de criar uma ligação mais próxima entre a teoria e a realidade estudada

sem descurar nem pôr de parte o papel ativo do investigador (Fernandes & Maia, 2001; Nico, Bocchi, Ruiz & Moreira, 2007).

A Grounded Theory é uma metodologia, particularmente sensível a contextos para se desenvolver teoria a partir de dados sistematicamente recolhidos e analisados permitindo interligar constructos teóricos, potencializando a expansão do conhecimento em várias áreas, nomeadamente na área da psicologia (Yunes & Szymanski, 2005).

Esta abordagem tem como objetivo compreender a realidade a partir da percepção ou do significado que determinado contexto ou objeto tem para a pessoa, produzindo conhecimentos e aumentando a compreensão, seguindo-se dos princípios da metodologia qualitativa, procura ainda desenvolver explicações teoricamente abrangentes sobre um fenómeno particular (Carvalho, Esteves & Ramos, 2001; Clair, Wasserman & Wilson, 2009). Esta é uma metodologia cuja sua utilização é mais apropriada em contextos onde existe pouca teoria que permite conduzir o processo de investigação (Artinian, 2009). A Grounded Theory permite a análise de tudo o que é documentação textual, tal como entrevistas, notas de campo, observações e estudos de caso.

Nos últimos tempos a Grounded Theory tem sido amplamente utilizada pelos psicólogos dado que se centra, essencialmente, na dimensão humana da sociedade, nos significados atribuídos pelas pessoas, advindos das suas experiências de vida, aproximando-se assim das atuais preocupações da psicologia relativas à compreensão da experiência e da construção de significados (Layder cit. in Fernandes & Maia, 2001).

O ser humano diariamente descreve objetos, actos, acontecimentos, emoções e aspirações na relação com o meio onde se encontra inserido, socorrendo-se da linguagem verbal e não verbal para se expressar, refletir e descrever não só o que os rodeia mas também para agir como parte integrante do seu trabalho diário, a linguagem é necessária e essencial na descrição do que os nossos olhos alcançam e assim é a abordagem da Grounded Theory onde a descrição é a base para a interpretação de dados mais abstratos e posterior construção da teoria.

A Grounded Theory distingue-se das abordagens anteriores pelo seu objetivo principal, ou seja, pela aproximação da teoria à realidade tendo o investigador um papel ativo e fundamental neste método, pois, é parte inerente ao processo trazendo viés em função do conhecimento prévio, seja no processo de selecção de elementos

de estudo, seja no exercício de sensibilidade durante as análises e definição das categorias.

De modo a representar o método desta abordagem, é necessário conhecer as etapas que devem ser seguidas no decorrer da análise dos dados, desenvolvidas pelos autores supramencionados (Yunes & Szymanski, 2005).

Após a recolha de dados qualitativos, o primeiro momento do processo de análise é o de interacção com os dados propriamente ditos de modo a conhecer os dados obtidos. Neste primeiro passo da análise, o investigador deve anotar todas as ideias ou impressões que possam surgir no momento da recolha de informação.

O seguinte passo é denominado, de acordo com a abordagem da Grounded Theory, de “codificação aberta” onde cuidadosamente os dados são examinados e são extraídas as propriedades e dimensões da experiência dos entrevistados para poder chegar aos códigos. Nesta fase, todo o material recolhido é transcrito, fazendo-se uma análise de cada frase e/ou parágrafo, seleccionando-se palavras-chave que irão gerar códigos (Strauss & Corbin, 2008).

O passo seguinte da análise é designado de “codificação axial” onde são examinados os códigos atribuídos na fase anterior ocorrendo uma reorganização dos códigos, sendo extraída através destes uma ideia central (categoria) bem como as suas subordinações (subcategorias). No decorrer do processo de codificação, o investigador tem a possibilidade de alternar entre a codificação aberta e a codificação axial. Esta é uma etapa essencial que possibilita estabelecer relações entre os dados e desenvolver as categorias, que devem ser constantemente verificadas, moldadas e reorganizadas pelos dados que as compõem (Strauss & Corbin, 2008).

O último passo da análise, “codificação seletiva”, baseia-se na procura do fenómeno central, ou seja, aquele que irá permitir que seja estabelecido um elo de ligação entre as categorias. Nesta etapa o papel do investigador é integrar todas as categorias até aqui formadas para se construir a teoria fundamentada nos próprios dados, Strauss e Corbin (2008) denominaram esta etapa de “elaboração da história”, que consiste numa narrativa descritiva sobre o fenómeno central.

No decorrer do processo de análise e categorização, quando nenhum dado acrescenta novas nuances ao processo diz-se que ocorreu a saturação da informação e assim, chega o processo ao fim, sendo validada e assumindo-se deste modo um compromisso com a categoria central definida (Fernandes & Maia, 2001).

É através da saturação da informação que iremos definir a nossa amostra do estudo, pois, a abordagem da Grounded Theory não possui uma amostra pré-definida como acontece nos outros métodos e/ou abordagens. A amostra do nosso estudo vai sendo afunilada e definida no decorrer da investigação dependendo, apenas, da saturação da informação provinda dos dados pelo que, não podemos apontar, em números, a quantidade de participantes da nossa investigação à priori, é com o evoluir do processo que a amostragem se torna cada vez mais específica, aos poucos o investigador vai-se direcionando para a teoria que emerge até que haja saturação, obtendo a partir desta a nossa amostragem teórica (Nico, Bocchi, Ruiz & Moreira, 2007; Goulding, 1999; Strauss & Corbin, 2008; Silva, 2007).

Todos os procedimentos da Grounded Theory têm o objetivo de identificar, desenvolver e relacionar conceitos, para tal no decorrer de todo o processo de análise recorre-se a uma comparação constante dos dados aquando a integração de novas informações. A existência de uma comparação constante dos dados permite moldar a investigação aos dados reais desenvolvendo-se a teoria, numa relação de proximidade dos significados atribuídos aos aspetos sociais da vida humana, relacionando conceitos e propriedades no sentido de encontrar semelhanças e diferenças entre os dados obtidos, o que garante um dos princípios básicos da Grounded Theory, a objetividade do estudo (Fernandes & Maia, 2001; Strauss & Corbin, 2008; Nico, Bocchi, Ruiz & Moreira, 2007; Goulding, 1999). Esta particularidade da Grounded Theory despertou um crescente interesse nos investigadores das ciências sociais a integrar esta abordagem nos seus estudos (Fernandes & Maia, 2001; Strauss & Corbin, 2008; Nico, Bocchi, Ruiz & Moreira, 2007; Goulding, 1999).

A objetividade pode também ser garantida se deixarmos o nosso pensamento livre, focado não apenas num aspeto dos dados, mas tendo uma visão abrangente, diversos pontos de vista acerca de um mesmo fenómeno, pois, assim permitir-nos-á ter uma visão de análise mais próxima com a realidade dos nossos participantes e compreender como é que os distintos participantes perspetivam uma mesma situação (Silva, 2007).

Segundo Strauss e Corbin (2008), ao longo do processo de investigação, devemo-nos centrar também no que os autores denominam por memos e/ou notas de campo, estes são questões que nos vão surgindo aquando a recolha e análise de dados bem como ao compararmos conceitos e ao estabelecermos relações entre eles que, nos vão auxiliar no momento de teorizar o nosso estudo, pois, ajuda-nos a

completar o que os dados nos dizem e a compreender como, quando e onde determinado fenómeno ocorre e se o nosso pensamento coincide com a mesma realidade que os dados nos transmitem.

Apesar das particularidades desta abordagem, importa referir que a Grounded Theory partilha alguns aspetos comuns com outras metodologias quantitativas tal como, a criatividade e a flexibilidade necessária na construção de categorias levadas até à exaustão para posterior construção de teoria. Da mesma forma, há um conjunto de materiais que podem ser analisados com a Grounded Theory tal como referido anteriormente, ou seja, entrevistas, relatórios, observações de campo, cartas, diários e vídeos que, na minha opinião, levam a uma maior possibilidade de utilização desta abordagem no terreno.

2.2. Participantes

No nosso estudo contamos com a participação de sete Psicólogos da Região do Alentejo sendo que seis são do género feminino. As suas idades variam entre os 27 e os 43 anos e a sua experiência profissional em Intervenção Precoce, entre os quatro meses e os dez anos. Os participantes do nosso estudo foram definidos de acordo com a saturação dos dados, tal como refere a abordagem da Grounded Theory, a partir dos quais se obteve um grupo de Psicólogos integrados em equipas de Intervenção Precoce da Região do Alentejo. Não impusemos qualquer restrição no que concerne ao género, anos de experiência e especialidade a nível de formação base deixando este aspeto completamente livre e independente na nossa investigação (Quadro nº 1 - Caracterização dos participantes).

Quadro nº 1.

| Número de Entrevistas | Idade | Experiência em Intervenção Precoce | Área de Formação Profissional |
|------------------------------|--------------|---|--|
| E1 | 27 | 6 Meses | Clínica - Sistémica, Saúde e família |
| E2 | 32 | 8 Anos | Clínica |
| E3 | 35 | 4 Anos | Clínica |
| E4 | 32 | 4 Meses | Clínica |
| E5 | 43 | 9 Anos | Clínica |
| E6 | 35 | 10 Anos | Justiça e reinserção social |
| E7 | 30 | 6 Anos | Clínica |

2.3 Instrumentos e Procedimentos

2.3.1 Instrumentos e Procedimentos de recolha de dados

Para a recolha de dados efetuaram-se entrevistas semi estruturadas com base num guião construído de raiz com quatro perguntas abertas de forma a não limitar o discurso dos participantes, objetivando uma maior colheita de informação (Quadro nº 2 - Perguntas do guião).

Quadro nº 2 .

-
- 1- O que é para si ser Psicólogo em Intervenção Precoce?
 - 2- O que diferencia o seu trabalho dos restantes membros da equipa?
 - 3- Como avalia a contribuição do Psicólogo para o funcionamento da Intervenção Precoce?
 - 4- Da sua formação como Psicólogo o que é que acha mais importante para o seu trabalho em Intervenção Precoce?
-

Inicialmente, para que se pudessem efetuar as entrevistas aos sete sujeitos, que participaram voluntariamente, solicitou-se de modo informal à Associação Regional de Saúde do Alentejo, Intervenção Precoce (ARS Alentejo, I.P) a lista de equipas de Intervenção Precoce da Região do Alentejo e respetivos contactos. Posteriormente, procedeu-se ao estabelecimento do contacto com as equipas informalmente através do telefone e em seguida, através de um documento escrito (Anexo A - Pedido de colaboração em projeto de investigação), com o objetivo de formalizar o pedido de colaboração.

Desde logo demos a conhecer o nosso intuito e objetivo às respetivas coordenadoras das equipas, designadamente, que estávamos a desenvolver um estudo relativo às funções e especificidades dos psicólogos dentro das equipas de Intervenção Precoce pelo que, solicitou-se a colaboração do psicólogo da equipa para efetuar uma entrevista que iria ser gravada perante o consentimento do eventual participante e, garantiu-se todo o anonimato e confidencialidade dos dados.

Recorreu-se ao local de funcionamento das respetivas equipas de Intervenção Precoce, nas datas acordadas com os participantes, e procedeu-se ao fornecimento de uma ficha de identificação onde constavam perguntas de resposta curta relativas à biografia pessoal, académica e profissional (Anexo B - Ficha de registo biográfico, pessoal e profissional) bem como outro documento com o consentimento informado a ser preenchido antes da realização da entrevista (Anexo C – Consentimento informado). Realizou-se então a entrevista com o auxílio de um gravador e do guião inicialmente construído por nós.

2.3.2 Procedimentos de análise de dados

Realizada a entrevista, transcreveu-se integralmente toda a informação obtida a partir do discurso dos nossos participantes, leu-se a transcrição de modo a compreender, globalmente, a perspetiva do entrevistado.

Efectuaram-se depois as codificações das entrevistas. Dois investigadores independentemente ao olhar para cada linha do texto atribuíram códigos ou rótulos que, separadamente, segundo a perspetiva de cada um deles, pudessem expressar uma ideia ou um conceito (Quadro nº 3 - Codificação aberta linha a linha). Uma mesma palavra, código ou rótulo pode ser atribuído perante conceitos ou ideias semelhantes. Este passo da nossa investigação, segundo a abordagem da Grounded

Theory e de acordo com Strauss e Corbin (2008) tem a designação de “*codificação aberta linha a linha*”.

Quadro nº 3.

| Entrevista | Codificação |
|---|--|
| <p>Para mim ser psicólogo em Intervenção Precoce é mesmo isso é <u>atuar</u> desde muito <u>cedo</u> sobre o problema, <u>ajudar as crianças</u> quando elas necessitam bem como as <u>suas famílias</u>....é...é <u>intervir o quanto antes</u> nas problemáticas que nos vão chegando (...)</p> | <p>Atuar cedo Ajudar as crianças Ajudar as famílias Intervir o quanto antes</p> |

Analisaram-se, em conjunto, os códigos atribuídos pelos dois investigadores, independentes, ao longo de todo o texto de modo a verificar as discrepâncias e as semelhanças permitindo que fossem discutidos, refinados, confirmados ou refutados até que os investigadores chegassem a um acordo. Realizou-se este processo em cada uma das entrevistas efetuadas.

Um dos investigadores realizou uma revisão das codificações e combinou códigos semelhantes. Formaram-se, assim, grandes categorias que se subdividiram num conjunto de subcategorias.

Elaborou-se, a partir dos dados, temas principais e subtemas que de acordo com a abordagem da Grounded Theory tem a nomeação de *codificação axial* (Quadro nº 4 - Codificação axial).

Quadro nº 4.

| Tema Principal | Subtema |
|-----------------------|----------------|
| Psicólogo | Intervenção |
| | Atitudes |
| | Competências |

Consoante a colheita de dados, compararam-se constantemente as codificações efetuadas com os novos dados recolhidos, afinaram-se as categorias e as subcategorias de acordo com as relações existentes entre elas e com base em perguntas frequentes como, o que se está a passar aqui? O que quer isto dizer?, num processo constante de discussão e refinamento entre os investigadores.

Registaram-se todas as respostas que os dados nos iam dando perante as perguntas que nos iam surgindo, em memos ou notas de campo datadas e com o número da entrevista correspondente.

Analisaram-se todas as entrevistas, relacionaram-se as categorias com as subcategorias e encontraram-se as categorias principais deste processo de codificação, “*codificação seletiva*” (Strauss & Corbin, 2008).

Após o processo de codificação completo e encontrada a relação entre as categorias e as subcategorias cruzaram-se dados que originaram conceitos que se interligaram e relacionaram, dando assim lugar à teoria proveniente dos dados (Quadro nº 5 - Codificação selectiva e teorização).

Por fim, sucessivamente, procedeu-se ao desenvolvimento da teoria a partir das categorias, subcategorias e da relação estabelecida entre elas, recorreu-se aos memos e às notas de campo para condensar e completar o que os dados nos transmitiam.

Quadro nº 5.

| Tema Principal | Subtema | Dados cruzados | Teorização |
|-----------------------|----------------|----------------------------------|--|
| Psicólogo | Intervenção | Crianças Famílias Técnicos | Nas equipas de I.P o Psicólogo intervém com crianças, famílias e técnicos. |

3. Apresentação e discussão dos resultados

Neste capítulo, damos a conhecer os resultados obtidos a partir das entrevistas realizadas. Com base na metodologia escolhida é do nosso interesse: a) compreender quais as funções desempenhadas pelos psicólogos nas equipas de Intervenção Precoce e respetivas especificidades; b) qual a perspetiva dos psicólogos em termos de importância atribuída ao trabalho que desenvolvem nas equipas bem como, c) saber quais os aspetos de formação considerados relevantes para se trabalhar nas equipas de Intervenção Precoce.

A apresentação dos resultados será efetuada de acordo com os pressupostos que movem a abordagem da Grounded Theory que nos levou a pensar recorrentemente sobre os dados obtidos e a compará-los num processo constante no sentido de encontrar conceitos, propriedades e relações entre eles.

Tendo em conta os critérios desta abordagem qualitativa, a análise dos dados permitiu-nos agrupar a informação obtida num conjunto de categorias abrangentes que se desdobraram, posteriormente, em subcategorias mais específicas.

Deste modo, agrupamos e apresentamos os dados nos seguintes termos: a) **funções desempenhadas e especificidades dos psicólogos**, que se desdobra em *intervenção do psicólogo, especificidade do psicólogo e equipa*; b) **contributo do psicólogo para a equipa de Intervenção Precoce** que possibilitou criar subcategorias como: *valor do contributo e que casos* e, c) **formação relevante para se trabalhar em Intervenção Precoce** que deu origem a cinco subcategorias, designadamente, *formação base, formação específica, desenvolvimento pessoal, aprendizagem com os outros e dificuldades/necessidades sentidas*. É dado a conhecer, de um modo geral, o fenómeno em estudo em termos de organização de categorias e subcategorias, posteriormente, apresentámos a análise e discussão dos dados, acompanhado de uma figura alusiva a cada categoria, de forma individual.

3.1 Funções desempenhadas e especificidade dos psicólogos

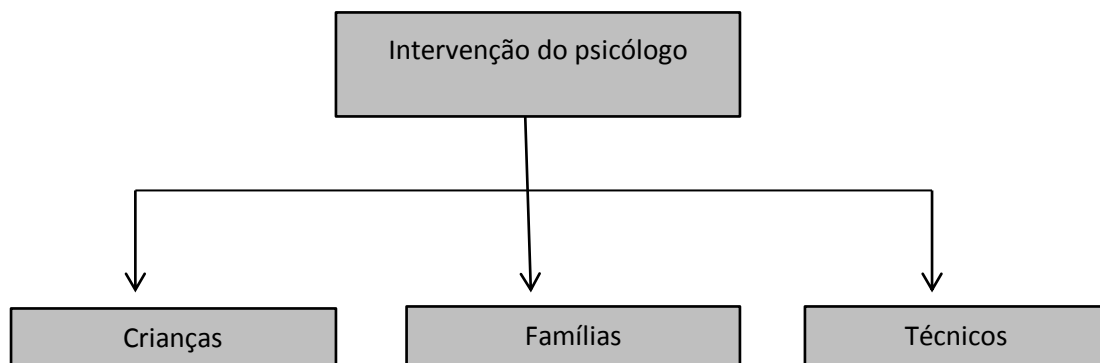
São vários os estudos existentes acerca das funções dos psicólogos clínicos e/ou educacionais em vários domínios e contextos da psicologia, porém, não se sabe ao certo o que faz um psicólogo no seio das equipas de Intervenção Precoce dada à escassa investigação nesta área. É nosso interesse compreender as particularidades de funções do psicólogo neste domínio específico que é a Intervenção Precoce.

No que corresponde às funções desempenhadas pelos psicólogos nas equipas de Intervenção Precoce e respetivas especificidades, as respostas obtidas podem agrupar-se em três grandes campos: **Intervenção do Psicólogo** (intervenção com a *criança*, com a *família* e com os *técnicos*), **Especificidade do Psicólogo** (*Atitudes* – cognitivas, emocionais e comportamentais e *Competências* – avaliação, prevenção, intervenção) e **Equipa** (*Modelo de equipa* e *Técnicos*).

3.1.1 Intervenção do psicólogo

A intervenção pode ser concebida como um ato ou efeito de intervir para ajudar a resolver um problema (Barros, 2005). As respostas obtidas permitem-nos verificar que o trabalho do psicólogo nas equipas de Intervenção Precoce parece incidir em três focos de intervenção distintos, nomeadamente, a) intervenção com crianças, b) intervenção com famílias e c) intervenção com os técnicos (Figura 1 - Intervenção do psicólogo)

Figura 1.



A partir da análise dos dados, verificámos que a intervenção do psicólogo com crianças parece ocorrer quando as crianças são sinalizadas para a equipa por apresentarem dificuldades (e.g. dificuldades de aprendizagem, em acompanhar as outras crianças da mesma idade), deficiência ou alguma problemática. Tal facto vai ao encontro da legislação atual de Intervenção Precoce que refere um apoio

especializado a crianças que “apresentem ou estejam em risco de apresentar dificuldades do desenvolvimento ao nível da educação, saúde e solidariedade social” (Diário da República, 2009, p. 7298).

O psicólogo parece intervir de forma direta e individual nos contextos de vida e rotinas da criança através de atividades específicas incidentes, em grande parte, em áreas específicas do desenvolvimento, como por exemplo, a atenção e a memória, de forma a ajudar, estudar e estabelecer com ela uma relação que permita atuar sobre o seu comportamento, promovendo o desenvolvimento global da criança e possibilitando a construção de um futuro pessoal saudável (ver Figura 7 - Caracterização do Estudo da Identidade Profissional dos Psicólogos na Intervenção Precoce). A atuação e integração dos profissionais de Intervenção Precoce em todos os contextos, atividades e rotinas da vida diária da criança e das famílias, nos dias de hoje, é considerada a melhor prática neste domínio de intervenção uma vez que permite que as crianças beneficiem ao máximo da intervenção dos profissionais (Dunst, Bruder, Trivette, Raab & McLean, 2001 cit in. Pimentel, Correia & Marcelino, 2011).

“ (...) para além do trabalho individual, trabalhamos também com as famílias e com os contextos de vida dessas crianças (...) ” E1. “ (...) muito do meu trabalho direto com as crianças é feito em termos de promover o desenvolvimento da criança (...) eu se trabalho mais diretamente tento direccionar o meu trabalho para uma parte mais específica dependendo do diagnóstico (...) tento fazer atividades mais específicas com aquela criança promover a atenção ou a memória (...)” E7.

Na descrição da intervenção com as famílias, verifica-se que alguns dos entrevistados não fazem diferenciação do tipo de famílias com quem habitualmente intervêm, subentendendo-se que todas são disfuncionais, porém, outros classificam as famílias em termos de funcionalidade e de risco. As famílias são descritas pelos nossos participantes como disfuncionais, multiproblemáticas e de risco (risco social, ambiental e familiar) onde o psicólogo atua por meio de orientações, do trabalho ao nível de competências parentais, conversando com os pais e ajudando as famílias na tomada de decisão e, conseqüentemente, a lidar com as dificuldades dos filhos, quer pelos motivos pelos quais as crianças foram sinalizadas para a equipa quer por questões mais abrangentes a nível relacional (ver Figura 7 - Caracterização do Estudo da Identidade Profissional dos Psicólogos na Intervenção Precoce).

“ (...) ser psicóloga em Intervenção Precoce não é só trabalhar com as crianças, passa muito por uma intervenção com as famílias que muitas vezes são disfuncionais, problemáticas (...) E5. “ (...) Hum...é muita coisa...no fundo é ajudar a família não é? A lidar com questões relacionadas com os filhos, quer a nível da razão pela qual a criança foi sinalizada que inclusive hum...por outras questões mais abrangentes a nível relacional” E6. “ (...) dar aqui orientações às famílias, trabalhar as competências parentais que muitas vezes são complicadas (...) E7.

A intervenção com as famílias é descrita pelo psicólogo como um trabalho desafiante surgindo, todos os dias, casos novos perante os quais o psicólogo tem de se adaptar. É ainda mencionado pelos entrevistados que é preciso saber estar, comunicar com as famílias e compreender e descodificar significados uma vez que, parece haver alguma contrariedade, por parte dos pais, em aceitar e lidar com a deficiência dos filhos e com eventuais dificuldades e atrasos de desenvolvimento que as crianças apresentam.

Receber a notícia de que o nosso filho nasceu com alguma deficiência ou problemática ou, ainda, que pode vir a desenvolvê-la não é fácil para uma família que idealizou uma criança saudável. Aceitar as dificuldades ou deficiência dos filhos implica uma reestruturação familiar a todos os níveis (vínculos afetivos, modo de vida, recursos disponíveis, aliteracia, recursos económicos), a forma como cada família aceita a deficiência ou dificuldade do seu filho depende, em grande parte, dos recursos internos de cada família e da intensidade da problemática, coexistindo por um lado, a possibilidade de crescimento, maturidade e fortalecimento familiar e por outro, o risco de alterações psíquicas tanto dos indivíduos como dos vínculos (Núñez, 2003).

“ (...) é um trabalho que nos...que é muito desafiante, muito desafiante, todos os dias surgem situações novas com as quais temos que lidar (...) ” E7. “ (...) no trabalho com as famílias, o chegar às famílias, o saber estar, o tentar compreender e perceber algumas das coisas que eles nos dizem (...) E7. ”

Algumas respostas obtidas a este nível de intervenção são pouco especificadas (e.g. conhecer as famílias, intervir na família) nunca sendo referido de que forma o psicólogo conhece as famílias, se intervém diretamente com a família ou se é apenas

um intermediário, se a intervenção é realizada apenas com a família ou em conjunto com a criança em termos de dinâmica familiar, se a intervenção é com toda a família ou com algum membro em específico. Da mesma forma, nunca é referido o contexto onde decorre a intervenção, eventualmente por se assumir o princípio de intervenção em contexto familiar, neste caso no domicílio.

O contexto de intervenção domiciliário parece ser aquele que permite uma intervenção mais “individualizada e responsiva” de acordo com as necessidades da criança e da família, é importante que o profissional de Intervenção Precoce assuma o papel de consultor nos programas de domicílio, dando espaço para que a criança participe ativamente nas rotinas; capacitando a família com estratégias de Intervenção Precoce específicas e incrementando competências em termos de mobilização da família na procura de recursos necessários para a promoção do desenvolvimento da criança e participação na comunidade (Pimentel, Correia & Marcelino, 2011; Childress 2004; Rydley & O’Kelley, 2008; Keilty, 2008).

Outro aspeto que é possível reter a partir dos dados obtidos e que leva há necessidade de intervenção do psicólogo com as famílias relaciona-se com o facto de, muitas vezes, as problemáticas que vão chegando às equipas não corresponderem às crianças direta e especificamente, apesar de teoricamente se tratar de uma prática que presta apoio a crianças dos 0 aos 6 anos de idade, mas sim com o funcionamento desadequado das famílias onde as crianças se encontram inseridas, refletindo-se nestas em termos comportamentais dada à exposição ao risco familiar e não, por possuírem algum atraso do desenvolvimento ou patologia (pré) estabelecida.

Os factores de risco incrementam a possibilidade de uma criança manifestar dificuldades a nível do desenvolvimento pela existência de barreiras constantes ao longo do tempo (ANIP, 2006).

(...) nós aqui temos alguns casos de carácter social, não de crianças com diagnóstico de deficiência (...) mas temos um grande número de famílias em que a problemática tem a ver com o risco, o risco ambiental, o risco familiar hum...e que realmente é preciso trabalhar com os pais (...) E7.

Além do trabalho que desenvolvem com as crianças e as famílias, a equipa parece também esperar que o psicólogo os ajude com estratégias de intervenção, que dê a sua opinião perante determinada problemática e capacite alguns técnicos em termos de comunicação e interação com as famílias. O psicólogo nas equipas de

Intervenção Precoce acaba por ser, também, um suporte para a equipa. Com frequência a equipa recorre ao psicólogo no sentido de solicitar a sua ajuda na tomada de decisão acerca de um ou outro caso; na forma de chegar e lidar com as problemáticas das crianças e das suas famílias; de transmitir determinada informação à família e à própria criança bem como, para encontrar estratégias alternativas para ajudar as crianças e as famílias a ultrapassar obstáculos que poderão estar a impedir o seu progresso ao nível do desenvolvimento global (ver Figura 7 - Caracterização do Estudo da Identidade Profissional dos Psicólogos na Intervenção Precoce).

“ (...) somos muitas vezes solicitados para intervir...mesmo entre colegas para dar a opinião acerca de um ou outro caso (...)” E1. “ (...) a fisioterapeuta vem falar comigo que eu digo olha tenta fazer assim, experimenta, tenta perceber isto, está atenta (...)” E2. “ (...) portanto, o psicólogo na equipa acaba por ter os seus casos à sua responsabilidade e acaba por ser um bocadinho um assessor para as outras colegas que muitas vezes solicitam para perceber melhor os casos (...) E4. “ (...) algumas patologias de alguma coisa que tenha a ver com o desenvolvimento numa visão que seja mais da nossa área para capacitar os restantes colegas (...) ” E4.

Comparando os resultados que descrevem o psicólogo na intervenção pode verificar-se que as respostas são, principalmente, dadas em função da intervenção do psicólogo com as famílias e não relativa à intervenção do psicólogo com as crianças, possivelmente, por se tratar de famílias disfuncionais, de risco (familiar, social e ambiental) e mutiproblemáticas que de forma direta ou indireta exercem influência sobre o desenvolvimento das crianças e, por se assumir o princípio de intervenção centrada na família, em vigor na legislação atual de Intervenção Precoce. Por outro lado, verifica-se que a intervenção com a comunidade não é referida, apesar de teoricamente se tratar de equipas que trabalham com um modelo de base comunitário.

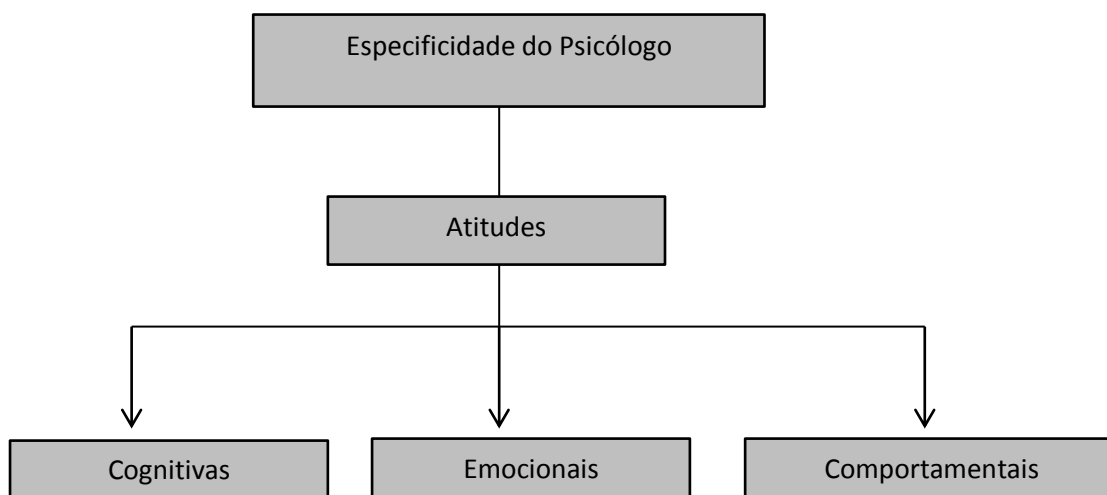
Nas ações de ajuda, compete às equipas de Intervenção Precoce ter em conta todo o funcionamento familiar e recursos disponíveis, desde as necessidades da família e modo de funcionamento às redes de apoio social e recursos existentes na comunidade que possibilitam dar resposta às necessidades manifestadas pela criança (Decreto-lei 281/2009, p .7300.; Gronita, Matos, Pimentel, Bernardo & Marques, 2011). Nos dias de hoje, os programas de Intervenção Precoce e de apoio às famílias dão especial ênfase ao suporte comunitário, incentivando a procura e dando a conhecer às famílias os recursos e apoios que suprem a assistência necessária ao bem estar dos

indivíduos e da comunidade, em parte, o profissional de Intervenção Precoce opera como um catalisador entre a família e o acesso desta aos recursos existentes na comunidade que respondem às necessidades do seu sistema e lhes prepara para um futuro independente enquanto cidadãos (Turnbull & Turbivile, 2000 cit in. Gronita, Matos, Pimentel, Bernardo & Marque, 2011; Gronita, Matos, Pimentel, Bernardo & Marque, 2011; GAT, 2000).

3.1.2 Especificidade do psicólogo

Um segundo aspeto estudado diz respeito à especificidade do psicólogo face ao trabalho desenvolvido pelos outros membros da equipa. A questão é se, tratando-se de equipas que pretendem ser transdisciplinares é importante diferenciar o psicólogo dos restantes profissionais? As diferenças encontradas podem agrupar-se em: a) *atitudes* e b) *competências específicas dos psicólogos* (Figura 2 - Atitudes; Figura 3 - Competências).

Figura 2.



As atitudes podem ser descritas como uma predisposição para responder de forma favorável ou desfavorável a uma pessoa, objeto ou situação (Barros, 2005). A caracterização do trabalho dos psicólogos parece refletir-se, também, nas *atitudes* que

estes profissionais assumem perante as famílias e as crianças. Os dados obtidos permitem-nos dividir a subcategoria *atitudes* de acordo com a sua natureza cognitiva, emocional e comportamental (ver Figura 7 - Caracterização do Estudo da Identidade Profissional dos Psicólogos na Intervenção Precoce).

A partir dos dados é possível afirmar-se que a atenção do psicólogo perante sinais que poderão ser indicadores de alguma patologia ou problemática, a sua capacidade de compreensão, a capacidade de descodificar e atribuir significados perante os casos são indicadores de atitudes cognitivas que se traduzem por um conjunto de crenças, opiniões e avaliações do sujeito acerca de determinado objeto.

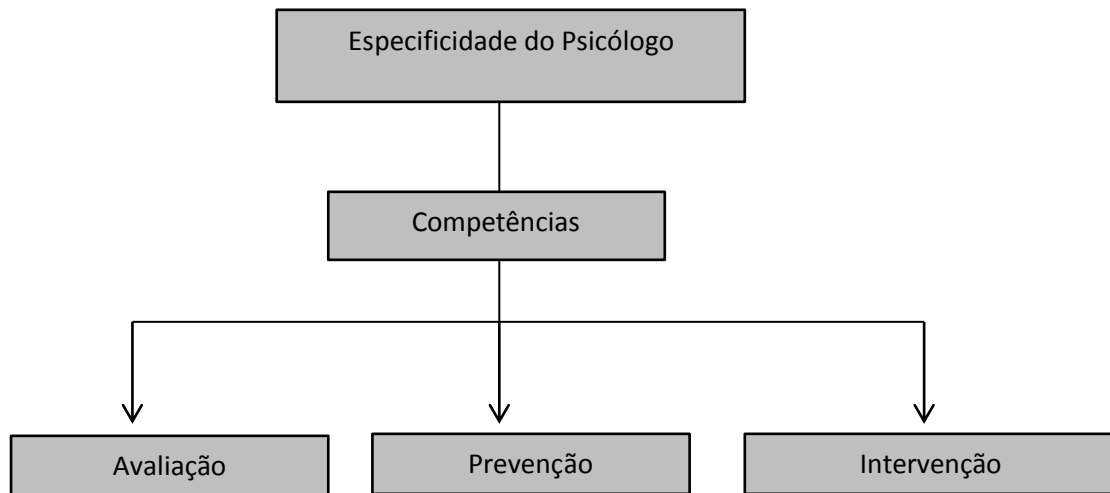
A postura de não julgamento, a empatia, a descrição do trabalho como desafiante, a sensibilidade e a disponibilidade do psicólogo perante as crianças e as suas famílias relaciona-se com o sistema de valores associado a determinado objeto podendo ser descritas em forma de atitudes emocionais.

A ética evidenciada, o estar presente quando as crianças e as famílias necessitam, o receber orientações de colegas como auxílio em determinado caso, o ser flexível para chegar às famílias e o facto do psicólogo recorrer às pessoas no sentido de intervir cedo demonstra as atitudes comportamentais assumidas perante a população com quem trabalha diariamente (Drolet & Aaker, 2002).

“ (...) estamos mais preparados a não assumir uma postura de julgamento hum..estamos atentos a sinais que às vezes podem querer traduzir uma constelação de problemas (...)” E4. “ (...) acho que devemos ser profissionais naquilo que fazemos temos que ter um sentido ético e deontológico muito muito muito apurado e temos que ter noção daquilo que estamos a fazer e daquilo que é o mundo da outra pessoa e que estamos a interferir de alguma forma e que podemos prejudicar (...)” E4.

Ainda dentro da especificidade do psicólogo podemos encontrar uma outra categoria, *competências*. As *competências* refletem a aptidão e/ou capacidade para se desempenhar ou exercer determinadas funções (Barros, 2005). No nosso estudo, as competências do psicólogo abrangem diferentes dimensões da sua atuação. Encontrámos três grandes campos para essa intervenção: competências de avaliação, competências de prevenção e competências de intervenção.

Figura 3.



As competências de avaliação, desde a avaliação global (e.g. avaliação do desenvolvimento global) a avaliações mais específicas (e.g. avaliação cognitiva, motora, atenção, memória, conteúdos académicos), são as mais referidas, especificadas, valorizadas e diferenciadas em termos de funções do psicólogo por comparação com os restantes profissionais que integram as equipas de Intervenção Precoce.

De acordo com os dados obtidos, as competências de avaliação são efetuadas com base no conhecimento prévio acerca do desenvolvimento e direitos infantis, funcionamento das famílias e relações familiares. Realizam-se através de anamnese, observações e aplicação de testes (e.g. Griffiths, WPPSI) que possibilitam fazer o levantamento da informação; ter uma perceção mais alargada acerca do desenvolvimento e do funcionamento familiar; analisar e interpretar resultados; traduzir problemas e fazer diagnósticos de modo a permitir decidir, posteriormente, qual o tipo de intervenção mais adequada (ver Figura 7 - Caracterização do Estudo da Identidade Profissional dos Psicólogos na Intervenção Precoce).

“ (...) A especificidade da área da psicologia, mesmo a nível da avaliação (...)”
E2.. “ (...) um psicólogo tem que tentar averiguar tudo, temos que fazer anamneses, estudar as famílias, fazer observações (...) e depois chegar à intervenção correta (...)”
“ E5. “ (...) para além de se fazer as avaliações psicológicas hum...nós fazemos

sempre no início uma avaliação do desenvolvimento global da criança que é o psicólogo que faz...mas depois de acordo com o...a análise dos resultados não apenas este tipo de testes mais formais mas também de...de levantamento de toda a informação relacionada com anamneses (...) no sentido de depois analisar todas as questões (...) “ E6.

As competências de prevenção surgem no sentido de alerta para possíveis problemas e detetar sinais que possam ser indicadores de algum tipo de patologia ou disfuncionalidade. Os dados obtidos indicam que a participação do psicólogo em todos os casos facilita a compreensão das pessoas e evita que os problemas existentes se agravem, uma vez que, de acordo com a análise dos resultados das provas de avaliação e pela própria especificidade da área da psicologia ao estudar o ser humano, o psicólogo possuirá uma visão mais abrangente e uma perspetiva diferente da dos outros técnicos acerca do desenvolvimento, característica da sua área do saber (ver Figura 7 - Caracterização do Estudo da Identidade Profissional dos Psicólogos na Intervenção Precoce).

“ (...) eu sinto que há algumas coisas que às vezes podiam passar despercebidas caso não houvesse um psicólogo e que estivéssemos atentos e lá está, também, para poder detetar alguns sinais menos evidentes às vezes...de outros problemas “ E4.

As competências de intervenção parecem envolver um vasto leque de funções onde o psicólogo assume uma postura flexível e multifacetada que lhe permite desempenhar uma multiplicidade de papéis e tarefas diferenciadas. São nomeadas por meio da indicação e promoção de algumas estratégias e orientações a pais; pela capacidade de mediação perante situações de conflito; pela compreensão e capacidade de descodificar significados; pelo apoio psicológico dado; pela capacidade para lidar com os problemas e situações novas que advém da realidade diária; pelo trabalho sobre questões emocionais; na resolução de problemas e pela intervenção específica que acarreta uma responsabilidade acrescida (ver Figura 7 - Caracterização do Estudo da Identidade Profissional dos Psicólogos na Intervenção Precoce).

“ (...) temos que ser multifacetados, em Intervenção Precoce é multifacetado (...) “ E7. “ (...) tudo o que é avaliação, tudo o que é...medir e a seguir dar um nome e fazer um diagnóstico ou pelo menos uma aproximação disso, isso é específico nosso

hum...e acho que é mesmo assim a principal tarefa que a gente tem e que é a mais diferenciada e que não há mais ninguém que faça (...)" E8.

Ainda de acordo com a intervenção do psicólogo nas equipas de Intervenção Precoce, a partir dos dados foi possível obter resposta de desempenho de funções transversais à área da psicologia como, por exemplo, acompanhar famílias a consultas e à segurança social; encaminhar casos e cumprir prazos de modo a ajudar e a acalmar as famílias garantindo condições mínimas de sobrevivência. Este leque de funções diversificadas leva a que o psicólogo assuma a postura flexível e multifacetada mencionada anteriormente e se reveja não como psicólogo mas como um técnico de Intervenção Precoce. Neste seguimento, é feita a distinção entre um psicólogo que integra uma equipa de Intervenção Precoce e um psicólogo que desempenha funções em contexto de gabinete, designado pelos entrevistados de *"psicólogos tal como são formatados na Universidade" E7.*

Por outro lado, verificou-se que não é feita uma descrição do que é ser psicólogo em contexto de gabinete ou tal como é formatado na Universidade, subentendendo-se uma classificação ou visão geral do senso comum acerca dos psicólogos tradicionais que integram a sociedade, a desempenhar funções em clínicas ou gabinetes com base num trabalho individual, sem que haja a necessidade de partilhar informação com outros profissionais de outras áreas acerca dos casos e com ausência de solicitação de terceiros, em termos de opinião ou orientações, e não um trabalho em equipa de articulação de vários saberes e de partilha de informação tal como a Intervenção Precoce parece requerer.

" (...) o prazo de ir à segurança social, a consultas acabava por assumir também um bocadinho esse papel, não é específico do psicólogo mas temos que nos adaptar à equipa e saber dar aqui essa volta às situações, temos que ser multifacetados (...)" E 7. " (...) ser Psicólogo nesta área, não tem a ver com aquela imagem que se tenta transmitir no gabinete, as terapias e psicoterapias durante anos, não! (...)"

É ainda mencionado pelos entrevistados que, apesar de um psicólogo ter que ser multifacetado no desempenho de tarefas diferenciadas nas equipas de Intervenção Precoce, mesmo que transversais à área da psicologia, não pode perder a sua identidade enquanto psicólogo. Por identidade entendemos um conjunto de

características e traços próprios de um indivíduo ou de uma comunidade que caracterizam o sujeito ou a coletividade (Barros, 2005), no que concerne aos psicólogos e com base nos resultados do nosso estudo, poderá definir-se pela sua formação base ao estudar o ser humano na sua complexidade, pelos seus saberes, atitudes, competências e especificidades de funções.

“ (...) temos que tentar fazer um bocadinho de tudo. Agora, nunca podemos perder a nossa identidade...a nossa identidade técnica e formação (...)” E7.

De um modo geral, ao que parece, ser psicólogo em Intervenção Precoce é ter disponibilidade, é estar presente quando as crianças e as famílias necessitam, fazer avaliações com crianças e famílias e intervir direta ou indiretamente com a população que, segundo a legislação atual, a modalidade de Intervenção Precoce abrange.

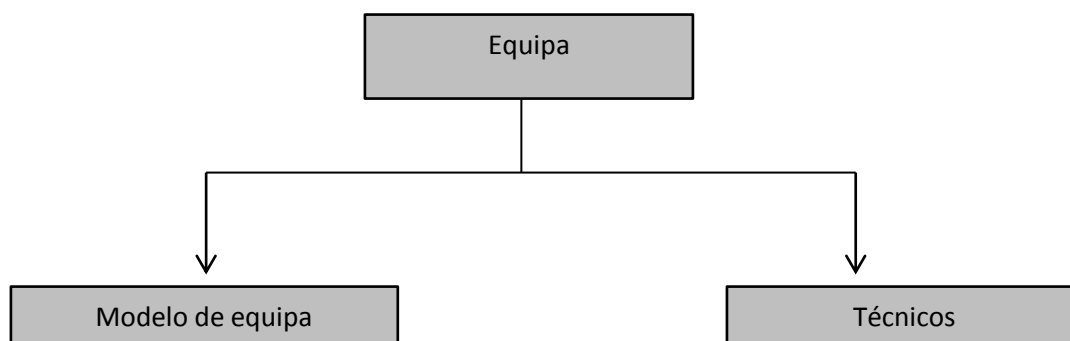
“ (...) ser psicólogo nestas equipas é...é ter disponibilidade para estar presente (...) fazer as avaliações das crianças, as avaliações das famílias, o trabalho de intervenção direto com as crianças e grande parte das vezes com as famílias (...)” E7.

3. 1.3. Caracterização em função do trabalho de equipa

Apesar de tudo, perante a pergunta, “O que diferencia o seu trabalho dos restantes membros da equipa?” parece haver alguma dificuldade, por parte dos participantes, em diferenciar o seu trabalho dos restantes membros da equipa pelo que as respostas tendem a ser dadas não em função do papel que os psicólogos desempenham efetivamente nas equipas de Intervenção Precoce mas em função do funcionamento e do modelo de equipa. Daí considerar-se uma outra categoria que designámos por “*Equipa*”.

Uma equipa pode ser definida como um grupo de pessoas que se juntam para alcançar um objetivo comum (Barros, 2005). Nesta categoria, *Equipa*, obtivemos respostas que se referem tanto ao *modelo de equipa* como aos *técnicos* (Figura 4 - Equipa).

Figura 4.



Quanto à definição e especificidade do psicólogo em função do *Modelo de Equipa* parece haver alguma ambiguidade. Por um lado as equipas são descritas como multidisciplinares, assentes numa partilha e troca de informação, numa visão e trabalho integrado, conjunto, de ajuda e cooperação entre os técnicos através da partilha de tarefas e da aceitação de diferentes opiniões, por outro é referida uma abordagem transdisciplinar com base numa linguagem universal sendo atribuída a mesma importância, em termos de contributo para a equipa, aos diferentes técnicos que integram as equipas de Intervenção Precoce, refletindo-se, por meio de características e papéis semelhantes que assumem, pela competência e capacidade de estar e falar com as famílias e colegas, em discutir situações referentes a casos da equipa bem como, pelo trabalho que desenvolvem com pais e crianças (ver Figura 7 - Caracterização do Estudo da Identidade Profissional dos Psicólogos na Intervenção Precoce).

“ (...) às vezes vamos articulando no sentido que haja uma continuidade de algumas coisas (...) não temos que utilizar em equipa termos técnicos mas há que passar muito também através do fazer, como estava a dizer esses técnicos que eu senti que também acrescentaram muito e que neste momento têm uma visão muito mais integrada das coisas (...) “ E2. “ (...) é uma equipa multidisciplinar mas transdisciplinar, ou seja, é claro que um terapeuta da fala ou uma educadora não pode dar consultas de psicologia eu também não posso dar consultas de terapia da fala, mas muitas vezes funcionamos a fazer um bocadinho o papel de cada um (...) “ E5. “ (...) é uma continuidade é como se fossemos buscar um bocadinho de informação do

educador, do terapeuta e chegámos a um todo acho que não deve haver diferenciação (...) “ E5.

Os dados permitem-nos afirmar que é valorizado um trabalho em equipa onde são realizadas aprendizagens que advém do conhecimento dos técnicos e da partilha de informação, tendo em conta as suas áreas de formação. Porém, nem toda a informação é partilhada em equipa, apenas a informação a partir da qual os casos irão beneficiar é facultada, pois, outro aspeto valorizado no seio da *Equipa* relaciona-se com o sigilo profissional, tanto por parte do psicólogo como pelos restantes técnicos que constituem a equipa.

“ (...) aprende-se muito com a equipa...muito, por exemplo, a maior limitação que eu senti foi a nível da área motora (...)”E2. “ (...) aprendi a trabalhar em equipa e a partilhar...é obvio que depois temos aquela parte do sigilo profissional...o que podemos contar e o que não podemos contar (...) e depois também temos outra coisa, o sigilo profissional dos outros técnicos e da equipa e há coisas que se calhar eu não partilho com a equipa (...) são coisas que eu sei que não trazem benefício nenhum para ninguém (...)” E7.

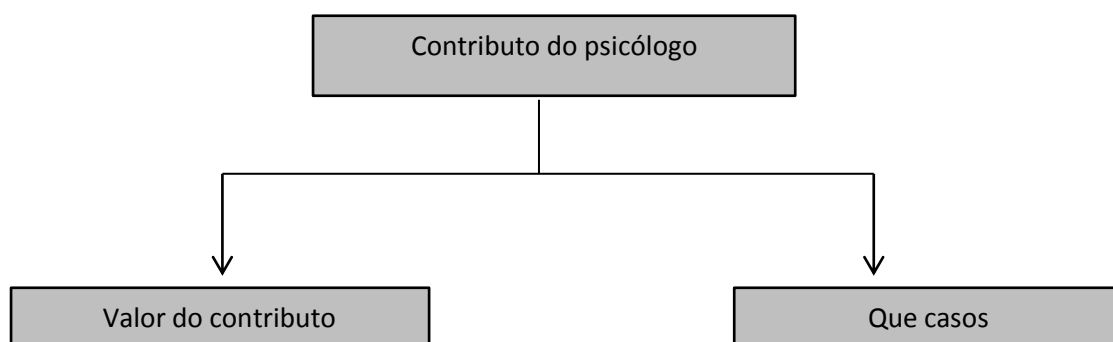
Para outros dos entrevistados, a especificidade do psicólogo ocorre de, nas equipas de Intervenção Precoce, existirem *técnicos* de diferentes áreas, com funções e perspetivas diferentes que dão um contributo equivalente para a equipa através da complementaridade de papéis que cada um deles assume e da continuidade que é dada ao trabalho dos colegas com o objetivo de chegar a um todo.

“ (...) eu acho que todos nós temos um contributo equivalente de informação para a equipa porque é como se nós estivéssemos todos interligados porque o terapeuta dá um parecer, a educadora dá outro e acho que é muito equivalente (...)” E5. “ (...) eu acho que as colegas fazem um esforço muito grande nesse sentido também mas, ainda assim, sinto que nós podemos ser um bocadinho diferentes aqui, depois temos um entendimento um bocadinho diferente daquilo que podem ser algumas das patologias do desenvolvimento (...) “ E4. “ (...) acho que há uma complementaridade do nosso trabalho e são dadas orientações e cada um aceita a perspetiva do outro (...) E2.

3.2. Contributo do psicólogo para a equipa de Intervenção Precoce

Relativamente ao nosso segundo objetivo, *b*) qual a importância que o psicólogo atribui ao seu trabalho, agrupamos os dados em duas subcategorias, designadamente, *valor do contributo* e *que casos*. O contributo pode ser designado como uma participação na execução de alguma atividade ou tarefa (Barros, 2005). Faz parte do nosso interesse compreender até que ponto o psicólogo é um elemento importante nas equipas de Intervenção Precoce bem como em que casos o contributo do psicólogo é mais significativo (Figura 5: Contributo do psicólogo).

Figura 5.



3.2.1 Valor do contributo

No que concerne ao valor atribuído ao contributo do psicólogo para as equipas de Intervenção Precoce, através dos dados obtidos, é possível afirmar-se que a presença do psicólogo é descrita como essencial sendo o seu trabalho valorizado pelos restantes membros da equipa. Quanto ao *valor do contributo* que os psicólogos atribuem ao seu trabalho na Intervenção Precoce, os participantes do nosso estudo descrevem-no como importante, imprescindível e essencial sendo uma mais valia para as crianças, as famílias e a própria equipa uma vez que é ele muitas vezes o elo de ligação entre as famílias e os técnicos da equipa (ver Figura 7 - Caracterização do Estudo da Identidade Profissional dos Psicólogos na Intervenção Precoce). O contributo do psicólogo reflete-se pela opinião que dá á equipa perante os casos, pelo suporte e orientações a colegas e pela contribuição ao nível de saberes da psicologia,

designadamente, intervenção psicológica, pela sua capacidade em descodificar e atribuir significado ao que os colegas por vezes tentam transmitir e ao debater situações que possibilitam uma comunicação funcional dos técnicos em relação à família, crianças e à própria equipa. Tal valor do contributo do psicólogo para as equipas, parece ter implicações no desenvolvimento, nas necessidades e dinâmica das famílias bem como, no desenvolvimento em contexto de vida natural das crianças, vistas como um todo.

“ Acho que é essencial a presença de um psicólogo numa equipa de Intervenção Precoce (...)” E1. “ (...) Sinto que o meu trabalho é valorizado, sinto que é importante o trabalho do psicólogo (...)” E 2. “ Eu acho que é fundamental, acho que é fundamental porque hum...nós temos uma visão um pouco mais abrangente não é...ver a criança como um todo (...) E6. “ Eu acho que é fundamental e imprescindível lá está (...) “ E4.

3.2.2 Que Casos

Procurando identificar-se em *que casos* esse contributo é mais significativo, pode verificar-se que o valor do contributo do psicólogo parece refletir-se numa variedade de casos com patologias ao nível do desenvolvimento, onde o psicólogo atua no ambiente natural de vida das crianças. É ao nível das dificuldades e/ou perturbações do comportamento e da aprendizagem e dos problemas e questões do foro emocional e cognitivo que o contributo do psicólogo se faz notar mais (ver Figura 7 - Caracterização do Estudo da Identidade Profissional dos Psicólogos na Intervenção Precoce).

Perante estes casos, e de acordo com os resultados obtidos, o psicólogo encara a criança como um todo e não como uma parte de um problema que a criança manifeste. O psicólogo, com o seu contributo objetiva ajudar as crianças e as famílias a promover o desenvolvimento de forma que tenha significado tanto para as crianças como para as suas famílias.

“ (...) ver a criança como um todo, não apenas com um problema na fala ou no andar ou dificuldades de aprendizagem (...) e tentar que isto tudo tenha um significado e ganhe um sentido quer para a própria família, quer para a criança (...) “ E.6.

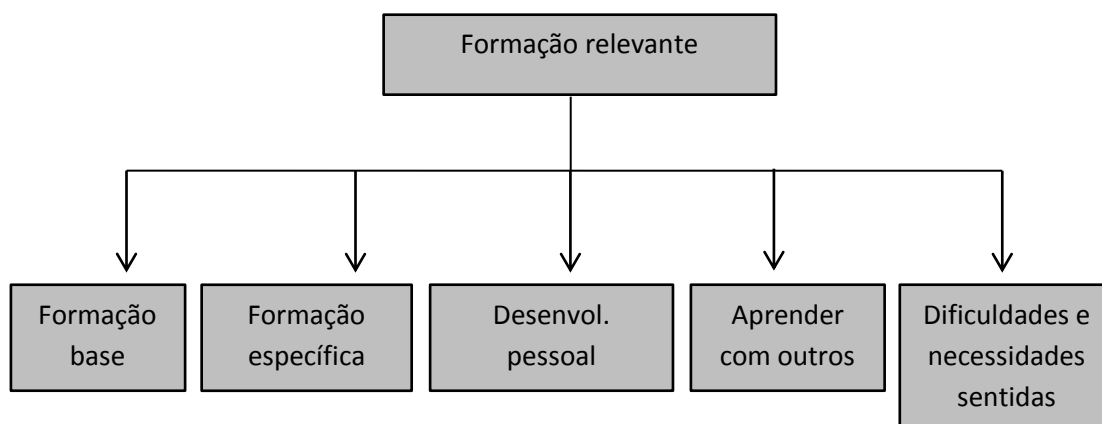
3.3 Formação relevante para se trabalhar em Intervenção Precoce

A Intervenção Precoce é descrita pelos entrevistados como uma área particular onde é necessário ter uma formação específica para se poder desempenhar funções e atividades igualmente específicas.

Num estudo elaborado por Pereira e Serrano (2009) onde abordam as práticas centradas na família em Intervenção Precoce, os autores referem a necessidade e a importância de criação de um Sistema Nacional de Desenvolvimento Profissional na Intervenção Precoce no sentido de formar profissionais em Portugal capazes de “produzir e incrementar” resultados positivos para as famílias e ao mesmo tempo, que “planifique, implemente e que avalie” a formação dos profissionais, descodificando incógnitas relativas a conhecimentos, capacidades, valores, conteúdos e metodologias de formação necessários ao desenvolvimento dessas competências.

Procurou-se compreender quais os aspetos de formação graduada que se revelaram importantes para se trabalhar em Intervenção Precoce. As respostas obtidas podem ser agrupadas em seis grandes categorias: formação base, formação específica, desenvolvimento pessoal, aprender com os outros, dificuldades e necessidades sentidas (Figura 6 - Formação relevante).

Figura 6.



3.3.1. Formação base

Relativamente à formação base, ou seja, aos conteúdos de formação graduada que se revelaram mais importantes para se trabalhar em Intervenção Precoce, os

dados apontam para a importância das noções básicas em psicologia clínica e psicologia educacional enquanto áreas de formação base da Psicologia.

A psicologia do desenvolvimento, a psicopatologia, a neuropsicologia e as necessidades educativas especiais foram outras áreas referidas pelos nossos participantes, pois, permitem a compreensão do que é considerado normativo ou patológico de acordo com a etapa de desenvolvimento em que cada criança se encontra para além de nos dar a conhecer as distintas e possíveis patologias do ser humano possibilitando, assim, uma visão mais abrangente acerca das perturbações com mais frequência na infância.

Foi também dada importância à intervenção psicológica em contextos educativos e à própria Intervenção Precoce pela sua filosofia de base e pelo funcionamento e tipo de intervenção desta modalidade.

A psicologia ecológica foi também mencionada como importante, no sentido de se compreender os distintos sistemas em que a criança se encontra inserida e que, de forma direta ou indireta, influenciam o seu desenvolvimento.

Por fim, nesta subcategoria, foi considerado relevante o facto de se ter uma perspectiva dinâmica e cognitivo-comportamental visando adaptar o tipo de abordagem a utilizar consoante a natureza dos casos que vão chegando à equipa.

3.3.2. Formação específica

No que se relaciona com esta subcategoria, é identificada a necessidade de *formação específica* a nível sistémico tendo em conta que a Intervenção Precoce tem por base um modelo de intervenção centrado na família e como tal, é importante e necessário compreender o sistema e funcionamento das famílias para se poder atuar; em competências parentais visto que, de acordo com a filosofia da Intervenção Precoce, a família é considerada parte integrante de todo o processo terapêutico e muitas vezes é necessário capacitar os pais de modo a que possam ajudar a promover o desenvolvimento dos filhos e, terapia familiar tendo em conta que vai auxiliar os técnicos a ajudar e a lidar com a variedade de problemáticas familiares que vão chegando às equipas.

A família deve ser vista como um todo receptor e agente ativo de toda a intervenção, num processo de parceria com os profissionais de Intervenção Precoce, sendo sua a última palavra no que respeita à criança e à família no seu todo (Pimentel,

2004; Dunst, 1997 cit in. Pereira & Serrano, 2009; Dunst, 2005 cit in. Pimentel, Correia & Marcelino, 2011).

Foi, ainda, identificado a partir dos dados analisados, necessidade de *formação específica* ao nível de métodos de intervenção no sentido de adequar o tipo de intervenção de acordo com as necessidades que as crianças apresentam; desenvolvimento motor e intelectual da criança; patologias do desenvolvimento; legislação e promoção dos direitos das crianças e em alguns domínios mais específicos, como por exemplo, paralisia cerebral.

3.3.3. Desenvolvimento pessoal

Enquanto formação relevante para se trabalhar em Intervenção Precoce, foi também atribuída importância ao desenvolvimento pessoal do psicólogo. Além da formação académica, é possível afirmarmos através dos dados obtidos que a instrução pessoal foi valorizada e referida pelos nossos participantes, podendo ser realizada de diversas formas tal como através de pesquisas, leituras e de formações mais específicas que possivelmente irão permitir o realizar de um trabalho mais competente.

“ (...) vou sempre lendo, comprando muitos livros lendo muitos artigos vou sempre pesquisando muito na internet (...) mas sim é muito importante fazer formações (...) ” E5.

3.3.4 Aprendizagem com os outros

A aprendizagem no terreno, ou seja, com a prática e com os outros, no âmbito da equipa, também é valorizada. Os resultados da análise das entrevistas indicam que, nas equipas de Intervenção Precoce, podem realizar-se aprendizagens através da articulação e troca de experiências e saberes entre os diferentes técnicos que integram a equipa, com base no conhecimento prévio que cada um possui.

“ (...) a experiência dos outros colegas meus que possamos fazer troca de informação, é muito importante nós articularmos (...) ” E5.

Trabalhar em Intervenção Precoce é assumir um papel diferente daquele que a maioria dos técnicos está habituado a fazer de acordo com as suas áreas de formação base o que leva a que, algumas vezes, a insegurança se instale nas práticas diárias destes profissionais pelo que, este é um trabalho que exige formação e experiência que não se adquire rapidamente através de uma ou duas formações mas sim um processo de aprendizagem recorrente que leva o seu tempo, reflexão e troca de experiências e saberes entre profissionais (Tegethof, 2007).

3.3.5 Dificuldades e Necessidades

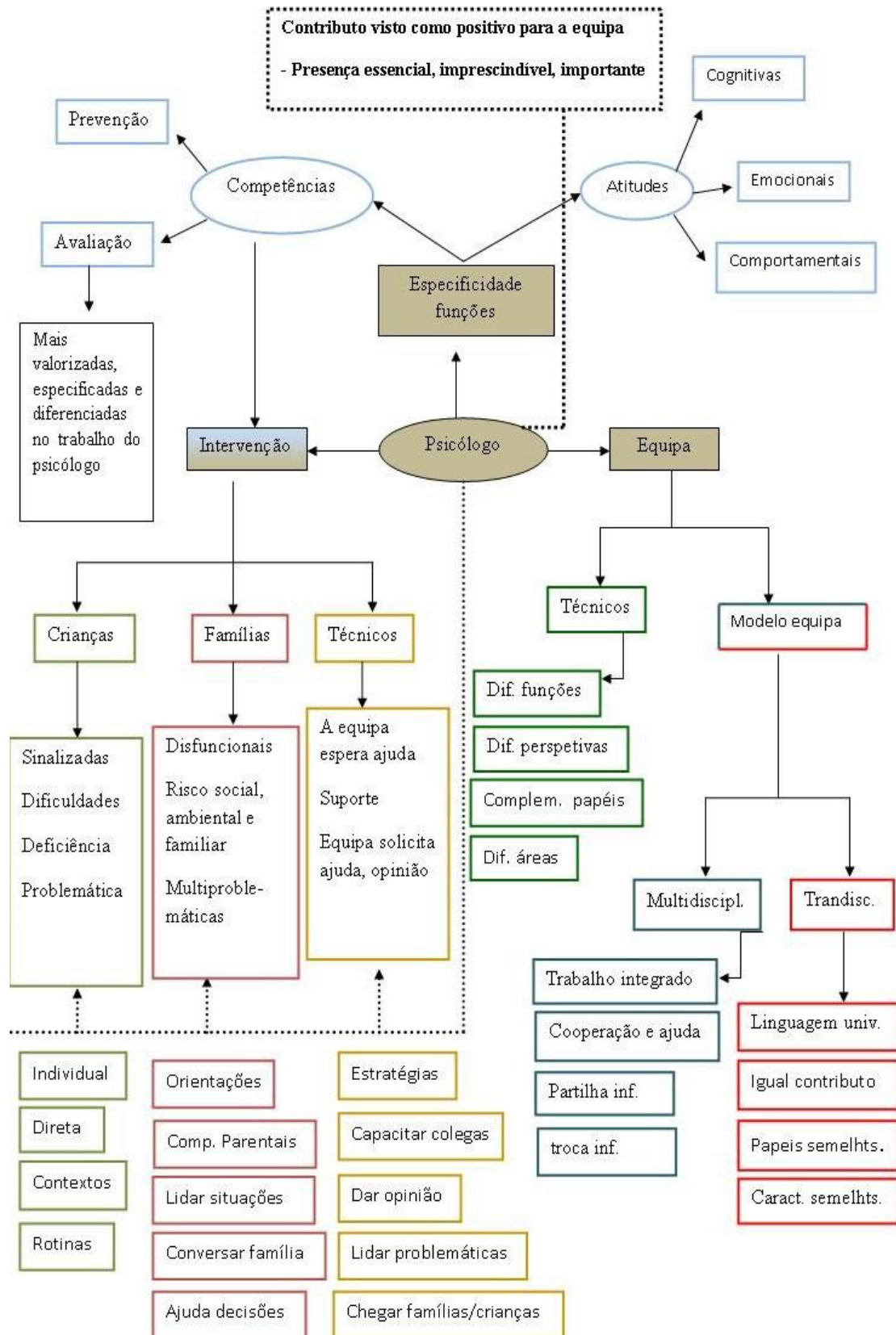
Quanto às necessidades e dificuldades sentidas no que respeita à intervenção, os dados indicam-nos que é difícil trabalhar quando a Intervenção Precoce é vista como uma intromissão nas famílias e/ou um serviço imposto e não é bem aceite, reinando perante estas situações a frustração nos técnicos de Intervenção Precoce. A inexperiência na área de Intervenção Precoce é apontada como uma barreira para lidar de forma vitoriosa com estes tipos de casos.

“ (...) mais difícil trabalhar assim em Intervenção Precoce (...) não é bem aceite é como se fosse visto uma intromissão na família (...) ”.

É também ao nível de preenchimento de formulários, como por exemplo, a Classificação Internacional de Funcionalidade [CIF] e o Plano Individualizado de Apoio à Família [PIAF], necessário à integração e avaliação das crianças nas equipas e que permitem um apoio às crianças e às famílias, que são sentidas por parte dos técnicos, algumas dificuldades, principalmente, quando iniciam a prática em Intervenção Precoce. A formação de profissionais que trabalham na Intervenção Precoce continua ainda a ser uma preocupação constante para todos aqueles que dão importância à qualidade e adequação dos serviços prestados, o desenvolvimento de programas que correspondem ao nível de qualidade que nos dias de hoje se requer implica um grande esforço e exigência de trabalho por parte dos profissionais de Intervenção Precoce (Tegethof, 2007). De forma a poderem responder aos desafios que a Intervenção Precoce coloca todos os dias a estes profissionais na sua prática diária era importante que os mesmos pudessem ter acesso a uma formação abrangente que lhes possibilitassem adquirir competências de intervenção não só com a família e a criança mas também com serviços e comunidades (Tegethof, 2007).

“ (...) acabou por se falar do PIAF e de muitas questões e angústias que os técnicos tinham (...) que nos metia um bocadinho de medo de preencher (...)” E.7

Figura 7.



4. Discussão/Conclusão

A partir da análise da informação recolhida, através de entrevistas realizadas com psicólogos que integram equipas de Intervenção Precoce da Região do Alentejo, podemos identificar e caracterizar o trabalho que os psicólogos realizam efetivamente nas equipas de Intervenção Precoce.

As funções desempenhadas pelos psicólogos nas equipas de Intervenção Precoce podem ser descritas pela sua especificidade de funções em termos de competências e atitudes, pela intervenção realizada com crianças, famílias e técnicos e ainda pelo contributo que o psicólogo dá aos colegas e á equipa. As respostas obtidas foram dadas, fundamentalmente, em função da intervenção do psicólogo com as famílias, e com pouca informação no que se relaciona com a intervenção do psicólogo com as crianças. Provavelmente por se assumir em Intervenção Precoce, o princípio da intervenção com uma abordagem centrada na família onde se reconhece que as famílias são o contexto primordial na promoção do desenvolvimento da criança, sendo as escolhas e decisões da família respeitadas e prioritárias no processo de intervenção e ainda, pela ênfase colocada nas competências da criança e da família num trabalho de parceria entre a família e os profissionais (Pereira & Serrano, 2010; Pereira, 2009).

A intervenção com a comunidade não foi abordada por nenhum dos entrevistados, apesar de teoricamente se tratar de equipas que trabalham com um modelo de base comunitário. Os modelos teóricos de Intervenção Precoce devem adaptar-se à realidade de cada país e cultura tal como as práticas dos distintos programas que se devem adequar às comunidades que servem, promovendo uma coordenação entre serviços e recursos locais com a participação das famílias (Bairrão, 2006). Num estudo realizado por Mendes, Pinto e Pimentel (2010) acerca da qualidade das práticas em Intervenção Precoce é possível verificar-se que no Alentejo, mais precisamente em Portalegre, os serviços de Intervenção Precoce encontram-se mais estruturados ao nível da comunidade, indicando a existência de redes de serviços e dinâmicas locais na gestão de recursos e procedimentos no que respeita à sinalização, encaminhamento, informação e apoio às famílias.

As competências ao nível de avaliação parece ser um dos aspetos mais valorizados e diferenciados no trabalho dos psicólogos nas equipas de Intervenção Precoce, talvez pela especificidade e particularidade de funções desta área do saber

na aplicação de testes psicológicos, utilizados como ferramentas no processo de avaliação.

Outro aspeto importante será a dificuldade que os psicólogos parecem ter em diferenciar o seu trabalho dos restantes membros da equipa pelo que, as respostas obtidas vão mais no sentido do funcionamento e do modelo de equipa e não tanto no que respeita às particularidades de funções do psicólogo. Este aspeto leva-nos a colocar duas inferências: a) nas equipas de Intervenção Precoce haverá suficiente diferenciação ao nível de funções entre os diferentes membros que constituem a equipa? e/ou, b) os psicólogos terão claras as especificidades das suas funções nas equipas?

Considera-se também o facto de não haver clareza quanto ao estatuto que os psicólogos possuem dentro das equipas de Intervenção Precoce. Por um lado consideram-se técnicos de Intervenção Precoce onde assumem tarefas diferenciadas e uma multiplicidade de funções, por outro, mencionam que apesar de desempenharem tarefas transversais à área da psicologia, não podem perder a sua identidade enquanto psicólogos.

No que concerne ao modelo de equipa, parece haver alguma ambiguidade. Por alguns dos entrevistados, as equipas parecem ser descritas como multidisciplinares onde a informação é articulada no sentido de um trabalho integrado através da cooperação entre os diferentes técnicos, por outro, é referida uma abordagem transdisciplinar onde é utilizada uma linguagem universal, não havendo diferenciação no que respeita à importância do contributo que cada técnico parece dar à equipa. Porém, importa referir que o psicólogo parece ser sempre um elemento essencial nas equipas de Intervenção Precoce, sentindo que o seu trabalho é valorizado. O modelo transdisciplinar é considerado o modelo que mais poderá se adequar ao trabalho efetuado em Intervenção Precoce, onde ocorre uma total corresponsabilização por parte dos membros da equipa, onde há integração de saberes para além da formação base de cada técnico e uma partilha de informação, sendo mais vantajoso para uma abordagem global do desenvolvimento, resultando no aperfeiçoamento do trabalho em equipa e fortalecendo a intervenção no apoio às necessidades múltiplas e integradas das crianças e famílias (Franco, 2007; Apolónio et. al, 1999).

Pode considerar-se também o facto de a Intervenção Precoce ser vista como uma área particular onde é necessário uma formação específica para se desempenhar funções e atividades, igualmente, específicas. No estudo realizado por Mendes, Pinto

e Pimentel (2010) os autores afirmam que um dos padrões que garantem qualidade aos serviços de Intervenção Precoce relaciona-se com a formação dos profissionais, reforçando uma formação inicial para delimitar qualificações e competências e uma formação especializada para formar profissionais especializados e qualificados em Intervenção Precoce.

Por último, para trabalhar nas equipas de Intervenção Precoce, além da formação base em Psicologia, parece ser importante realizar formação mais específica, discriminar teorias e técnicas de Intervenção Precoce, além da aprendizagem que decorre do trabalho da equipa e que é realizada a partir de terceiros e da sua formação pessoal.

Ao concluirmos o nosso estudo não podemos deixar de referir alguns aspetos que a nosso ver podem ser melhorados numa próxima investigação.

Uma das críticas que apontámos ao nosso estudo relaciona-se com a grande diversidade ao nível da experiência profissional em Intervenção Precoce e eventual utilidade em uniformizar, pois, a nosso ver tal aspeto poderá ter influenciado o discurso dos nossos participantes por falta de experiência na área e mesmo a riqueza da informação ao nível de conteúdo para o nosso estudo. Como é possível verificar no quadro nº1 - Caracterização dos participantes, há uma grande disparidade entre alguns dos participantes no que corresponde à experiência profissional em Intervenção Precoce, num mínimo de quatro meses e num máximo de dez anos.

Outro aspeto que poderia ter contribuído para a riqueza da nossa investigação foi não termos efectuado observações no terreno da atividade profissional dos nossos participantes ao longo do nosso estudo, pois, tal permitiria-nos comprovar de perto a consistência do discurso dos nossos participantes com a realidade; suscitariam muito provavelmente outro tipo de questões a partir do terreno e ajudaria-nos possivelmente a encontrar respostas de forma mais rápida, para algumas das dúvidas que se foram colocando ao longo da investigação.

No que se relaciona com a realização das entrevistas, dada a nossa experiência sugerimos que num futuro estudo devam ser realizadas fora do contexto de funcionamento das equipas de Intervenção Precoce de modo a evitar possíveis interrupções por terceiros e mesmo barulhos externos que possam influenciar a comunicação entre o investigador e o participante e, conseqüentemente, distraí-lo.

É de alertar o facto de, aquando o processo de categorização de acordo com a abordagem da Grounded Theory, tendencialmente encaixarmos os dados recolhidos

recentemente em categorias já criadas por nós, o que a nosso ver poderá pôr em causa toda a fidedignidade e fiabilidade dos dados obtidos e a própria investigação. É necessário nestes momentos afastarmos-nos da investigação de modo a conseguirmos pensar, e é de grande importância nestes instantes a envolvência de um segundo e mesmo de um terceiro investigador no processo de codificação, pois, possibilitará discutir, refinar, confirmar ou refutar os códigos atribuídos neste processo levando a uma codificação do documento textual mais objetiva e fidedigna.

5. Referências Bibliográficas

- Almeida, I. (2004). Intervenção Precoce: Focada na criança ou centrada na família e na Comunidade? *Análise Psicológica*, 1, 65-72.
- Alves, M. (2009). *Intervenção Precoce e Educação Especial. Práticas de Intervenção Centradas na Família*. Viseu: Psicossoma.
- ANIP (2006). *Projeto: Consulta de Desenvolvimento na Comunidade. Relatório Final do Projeto*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- ANIP (2007). *Associação Nacional de Intervenção Precoce*. Coimbra: Direção da ANIP.
- ANIP (2010). Instituição de Referência na Intervenção Precoce. *Revista Diversidades*, 27(7), 18-29.
- Apolónio, A., Castilho, C., Álava, L., Caixa, R., & Franco, V. (1999). Intervenção Precoce no desenvolvimento de crianças com Paralisia Cerebral. in C. Machado, et al, *Interfaces da Psicologia* (Vol. 1). Évora: Universidade de Évora.
- Apolónio, A.; Franco, V. & Miranda, M. (2010). A rede de Intervenção Precoce no desenvolvimento infantil na região do Alentejo. *INFAD – International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1, 121-134.
- Artinian, M. (2009). *An overview of glaserian Grounded Theory*. In M. Artinian, T. Giske & H. Cone, (Edits). *Glaserian Grounded Theory in Nursing Research: trusting emergency* (pp. 3-17). New York: Springer Publishing Company.
- Artiga, G. & Seguí, V. (2003). Aproximación al estudio de la Intervención Temprana: antecedentes, orígenes y evolución histórica. In G. Artiga, V. Seguí & L. López. *Intervención Temprana: Desarrollo óptimo de 0 a 6 años* (pp. 21-36). Madrid: Ediciones Pirámide.

- Bairrão, J. & Almeida, I. (2003). Questões Atuais em Intervenção Precoce. *PSICOLOGIA*, 1, 15-29.
- Bairrão, J. (2006). Intervenção Precoce: Mayday, mayday. *Jornal de letras*.
- Baptista, S. (2002). O Estudo de identidades individuais e coletivas na constituição da história da psicologia. *Memorandum*, 2, 31-38.
- Barbosa, C. (2007). Da Concepção ao nascimento, a razão da Intervenção Precoce. *Estilos da Clínica*, 23, 68-77.
- Barros, T. (2005). *Mala de Aprendizagem: Dicionário de Língua Portuguesa*. Porto: Porto Editora.
- Bartoszeck, A. & Bartoszeck, F. (2004). Neurociências dos seis primeiros anos: implicações educacionais. *Harpia*, 1 (2), 1-25.
- Berger, I. & Luckmann, T. (1973). *A construção social da realidade*. Petrópolis: Vozes.
- Brazelton, T. & Cramer, B. (1989). *A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T. & Cramer, B. (1992). *As primeiras relações*. (M.B.Cipolla, Trad.) São Paulo: Martins Fontes.
- Breia, G., Almeida, I. & Colôa, J. (2004). *Conceitos e Práticas em Intervenção Precoce*. Lisboa: Ministério da Educação – Direção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. In M. Gauvain & M. Cole (Edits), *Reading on the development of children* (Vol.3, 2nd ed., pp.37-43). New York: Freeman.

- Brum, E. & Schermann, L. (2004). Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciência e Saúde Colectiva*, 9 (2).
- Cabral, A. (2006). *Contributo para o estudo das práticas de Intervenção Precoce na Região Autónoma da Madeira*. Dissertação de Mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto.
- Carvalho, J., Esteves, J. & Ramos, I. (2001). Use of Grounded Theory in Information Systems Area: An Exploratory Analysis. *European Conference on Research Methodology for Business and Management*.
- Childress, D. (2004). Special Instruction and Natural Environments: Best Practices in Early Intervention. *Infants and Young Children*, 7(2), 162-170.
- Clair, J., Wasserman, J. & Wilson, K. (2009). Problematics of grounded theory: innovations for developing na increasingly rigorous qualitative method. *Qualitative Research*, 2(8), 290-297.
- Cornwell, J. R. & Korteland, C. (1997). The Family as a System and a Context for Early Intervention. In S. K. Thurman, J. R. Cornwell & S. R. Gottwald, *Contexts of Early Intervention – Systems and Settings* (pp.93-109). Baltimore, Brooke.
- Correia, N. (2011). *A Importância da Intervenção Precoce para as crianças com Autismo na Perspetiva dos Educadores e Professores de Educação Especial*. Dissertação de Mestrado não publicado, Escola Superior de Educação Almeida Garret, Lisboa.
- Costa, V. (2012). *Intervenção Precoce: Estudo exploratório sobre a prática de uma equipa disciplinar*. Dissertação de Mestrado não publicada, Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa.

- Coutinho, B. (2009). *A importância da amamentação na relação mãe/filho*. Tese de Licenciatura em Enfermagem não publicada, Universidade Fernando Pessoa, Ponte de Lima.
- Cró, M. & Pinho, A. (2011). O Desenvolvimento Pessoal e Social da Criança em Contexto de Creche Versus Prática Profissional dos Educadores de Infância. *Revista Reflexão e Acção*, 19 (1), 308-327.
- Cruz, I.; Fontes, F. & Carvalho, L. (2003). *Avaliação da satisfação das famílias apoiadas pelo PIIP: Resultados da aplicação da escala ESFIP* - Projeto Investigar em Intervenção Precoce, ANIP-PIIP- Programa SER CRIANÇA. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Delgado, f. & Muela, S. (2004). Bases neurobiológicas de la atención temprana. In J. Pérez- López & A. Brito de la Nunez, *Manual de Atención Temprana* (pp. 45-56). Madrid: Ediciones Piràmide.
- Diário da República (2009). Decreto – Lei nº. 281/2009. *Crianças com alteração ou Risco de apresentar alterações nas estruturas ou funções no corpo*, Ministério da Educação da Educação. Diário da República, 1ª série, nº 193 de 6 de Outubro de 2009.
- Diário da República (1999). Despacho Conjunto nº 891/99. *Orientações reguladoras da Intervenção Precoce para crianças com deficiência ou em risco de atraso grave do desenvolvimento e suas famílias*, Ministérios da Educação, da Saúde e do Trabalho e da Solidieriedade Social. Diário da República, 2ª série, nº 244 de 19 de Outubro de 1999.
- Drolet, A. & Aaker, J. (2002). Off-Target? Changing Cognitive-Based Attitudes. *Journal of consumer psychology*, 12 (1), 59-68.

- Dunst, C. & Bruder, M. (2002). Values Outcomes of Service Coordination, Early Intervention and Natural Environments. *Council for Exceptional Children*, 68(3), 365-375.
- European Agency for Development in Special Needs Education (2005). *Intervenção Precoce na Infância – Análise das Situações na Europa*. Aspectos-Chave e Recomendações. Relatório Síntese.
- Felgueiras, I. & Bairrão, J. (n.d.). *Um Modelo de Intervenção Precoce: O Programa Portage para Pais*. Retirado de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/52174/2/70490.pdf>.
- Fernandes, M. (2008). *Que Intervenção Precoce (?): satisfação das famílias em Intervenção Precoce*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Fernandes, E. & Maia, A. (2001). Grounded Theory. In E. M. Fernandes & L.S. Almeida (Eds), *Métodos e Técnicas de Avaliação. Contributos para a prática e investigação* (pp.49-76). Braga: Centro de estudos em Educação e Psicologia.
- Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *Revista Internacional de Psicologia Clínica y de la Salud*, 3 (3), 521-539.
- Franco, V.; Melo, M. & Apolónio, A. (2012). Problemas do desenvolvimento infantil e Intervenção Precoce. *Educar em Revista, Curitiba*, 43, 49-64.
- Franco, V. & Apolónio, A. (2008). *A Avaliação do Impacto da Intervenção Precoce no Alentejo: criança, família e comunidade*. Évora: Administração Regional Saúde do Alentejo, Instituto Público
- Franco, V. (2007a). Dimensões Transdisciplinares do Trabalho de Equipa em Intervenção Precoce. *Interacção em Psicologia*, 11(1), 113-121.
- Franco, V. (2007b). Diversidade e Transdisciplinaridade em Psicopatologia do Desenvolvimento. *Congresso Internacional: Unicidade do Conhecimento*.

- Goldkuhl, G. & Cronholm, S. (2010). Adding Theoretical Grounding to Grounded Theory: Toward Multi-Grounded Theory. *International Journal of Qualitative Methods*, 9(2), 187-206.
- Goulding, C. (1999). *Grounded Theory: some reflections on paradigm, procedures and misconceptions*. Trabalho publicado em University of wolverhampton – Wolverhampton, negócios de gestão escolar centro de pesquisas, 1999.
- Graça, R., Teixeira, S., Lopes, C., Serrano, M. & Campos, R. (2010). O Momento da Avaliação em Intervenção Precoce: o Envolvimento da Família: Estudo das Qualidades Psicométricas do ASQ-2 dos 30 aos 60 Meses. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 16(2),177-196.
- Gronita, J., Matos, C., Pimentel, J., Bernardo, A. C., & Marques, J. D. (2011). *Intervenção Precoce: O Processo de Construção de Boas Práticas*. TorreGuia – Cooperativa de Solidariedade Social.
- Gronita, J., Pimentel, J., Matos, C., Bernardo, A. & Marques, J. (s/d). *Boas práticas na Intervenção Precoce: os nossos filhos são diferentes – como podem os pais lidar com uma criança com diferença*. Programa Gulbenkian de Desenvolvimento Humano: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Grupo de Atención Temprana (2000). *Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía*. Madrid.
- Hansel, A. & Bolsanello, M. (2012). *As Abordagens Explicativas do Desenvolvimento Aplicadas à Estimulação Precoce*. IX ANPED SUL – Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul.
- Keilty, B. (2008). Early Intervention Home-Visiting Principles in Practice: A Reflective Approach. *Young Exceptional Children*,11, 29 - 40.
- Krawulski, E. (2004). *Construção da Identidade Profissional do Psicólogo: vivendo as “metamorfoses do caminho” no exercício cotidiano do trabalho*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Ergonomia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis

- Krebs, R. (2006). A teoria bioecológica do desenvolvimento humano e o contexto da educação inclusiva. *Revista de Educação Especial*, 2, 40-45.
- Kwee, S. (2006). *Abordagem Transdisciplinar no Autismo: O Programa Teacch*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro.
- La Cuesta, B. (2006). Teoría y Método: La Teoría Fundamentada como Herramienta de Análisis. *Cultura de los Cuidados*, 20, 136-141.
- La Cuesta, B. (1998). El investigador como instrumento de la indagación. *International Journal of Qualitative Methods*, 2(4), 1-24.
- Machado, C. (2000). "O afeto na adolescência". Conferência proferida no II Encontro do Afeto, Associação de Profissionais de Saúde dos Países de Língua Portuguesa. Coimbra.
- Martins, C. (2012). *Impacto da idade materna na relação que a mãe estabelece com o seu bebé*. Tese de Mestrado não publicada, Porto.
- Mazer, S. & Melo-Silva, L. (2010). A Identidade Profissional do Psicólogo: Revisão da Produção no Brasil. *Psicologia Ciência e Profissão*, 30(2), 276-295.
- McWilliam, P.; Winton, P. & Crais, E. (2003). *Estratégias Práticas para a Intervenção Precoce Centrada na Família*. Porto: Porto Editora.
- Meisels, S. J. & Shonkoff, J.P. (2000). Early childhood intervention: A continuing evolution. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.) *Handbook of early childhood intervention* (pp. 3-31). Cambridge: University Press
- Mendes, E. Pinto, I. & Pimentel, S. (2010). Qualidade das práticas em Intervenção Precoce: uma prioridade. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Minho: Universidade do Minho.

- Moore, T. (2001). Beyond inclusion: Towards a universal early childhood services system. Annual Conference of Early Intervention. Retirado de http://ww2.rch.org.au/emplibrary/ccch/TM_VicConf01_Beyond_inclusion.pdf
- Mussen, P.; Conger, J. & Kagan, J. (1977). *Desenvolvimento e Personalidade da Criança* (4ª ed.). São Paulo: Harper & Row.
- Mussen, P.; Conger, J. Kagan, J. & Huston, A. (1995). *Desenvolvimento e Personalidade da Criança* (3ª ed.). São Paulo: Harper & Row.
- Nico, L.; Bocchi, S.; Ruiz, T. & Moreira, R. (2007). A grounded theory como abordagem metodológica para pesquisas qualitativas em odontologia. *Ciências & Saúde Colectiva*, 12(3), 1-10.
- Noffsinger, M., Pfefferbaum, B., Pfefferbaum, R., Sherrieb, K., & Norris, F. (2012). Challenges and Opportunities Within a child's Social Ecology. *International Journal of Emergency Mental Health*, 14(1), 3-13.
- Núñez, B. (2003). La familia com un hijo con discapacidad: sus conflictos vinculares. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 101(2), 133- 142.
- Organização Pan-America de Saúde (2005). *Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto da AIDPI*. Washinton.
- Organizacion de Los Estados Americanos (2010). *Primeira Infância: um olhar desde a neuroeducação*. Perú.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2001). *O Mundo da Criança* (8ª ed.). Lisboa: McGraw-Hill Ed
- Pereira, A & Serrano, A, (2010). Abordagem Centrada na Família em Intervenção Precoce: Perspetivas Histórica, Conceptual e Empírica. *Revista Diversidades*, 27(7), 4-11.
- Pereira, A. & Serrano, A. (2010). Intervenção Precoce em Portugal: Evidências e consequências. *Inclusão*, 10, 101-120.
- Pereira, A. (2009). Práticas centradas na família em Intervenção Precoce: *Um Estudo Nacional sobre Práticas Profissionais*. Tese de Doutoramento não publicada, Universidade do Minho.

- Pérez-López, J. (2004). Modelos explicativos del desarrollo aplicados a la atención temprana. In J. Pérez-López & A. Brito de la Nuez (2004). *Manual de Atención Temprana*. (pp. 27-44). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Peterson, C., Wall, S., Raikes, H. Kisker, E. Swanson, M. Jerald., et al. (2004). Early Head Start: Identifying and serving Children with disabilities. *Topics in Early Childhood Special Education, 24(2)*, 76-88.
- Pimenta, M. & Pimenta, F. (2010). O processo dialéctico na construção da identidade do indivíduo e seu impacto na vida profissional. *Revista Electrónica da Faculdade Paulista de Pesquisa e Ensino Superior, 1(1)*, 1-12.
- Pimentel, J.; Correia, N. & Marcelino, S. (2011). A avaliação das práticas como contributo para a promoção da qualidade dos programas de Intervenção Precoce. *Análise Psicológica, 1 (29)*, 47-65
- Pimentel, J. (2005). *Intervenção focada na família: Desejo ou realidade*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Pimentel, J. (2004). Avaliação de programas de Intervenção Precoce. *Análise Psicológica, 1 (22)*, 43-54.
- Pimentel, J. (1999). Reflexões sobre a avaliação de programas de Intervenção Precoce. *Análise Psicológica, 1 (17)*, 143-152.
- Pinheiro, M. (2007). Fundamentos da Neuropsicologia – o Desenvolvimento Cerebral da Criança. *Vita et Sanitas Trindade/Go, 1(1)*, 35-48.
- Pinto, A., Grande, C., Felgueiras, I., Chaves de Alemuda, I., Pimentel, J. & Novais, I. (2009). Intervenção e Investigação em Idades Precoces: o Legado de Joaquim Bairrão. *PSICOLOGIA, 23(2)*, 21-42.
- Ponte, J. P., & Oliveira, H. (2002). Remar contra a maré: A construção do conhecimento e da identidade profissional na formação inicial. *Revista de Educação, 11(2)*, 145-163.

- Projeto Integrado de Intervenção Precoce do Distrito de Coimbra – PIIP (1995). *A Família na Intervenção Precoce – da Filosofia à Acção*. Coimbra, Editora Gráfica.
- Ridgley, R. & O`Lelley, K. (2008). Providing Individually Responsive Home Visits. *Young Exceptional Children*, 11 (3) ,17-26.
- Rodrigues, L. (2011). *Práticas de Ensino Supervisionada em Educação Pré-Escolar*. Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto Politécnico de Bragança.
- Sabri,B., Hong, J. Campbell, J. & Cho, H. (2013). Understanding Children and Adolescent’s Victimizations at Multiple Levels: An Ecological Review of the Literature. *Journal of Social Service Research*, 39(3), 322-334.
- Sameroff, A. & Fiese, B. (2000). Transactional Regulation: The Developmental Ecology of Early Intervention. In. J. Shankoff & S. Meisels (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention*. (pp.135-159). Cambridge: University Press.
- Sameroff, A. & Chandler, M. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In Horowitz, M.; Hetherington, S. & Siegel, G. (Eds.) *Review of Child Development Research*, 4,187-244.
- Serrano, M. & Abreu, F. (2010). Intervenção Precoce na DREER: Um Projeto de Investigação-Acção. *Revista Diversidades*, 27(7), 24-27.
- Serrano, M. (2007). Aspectos práticos e teóricos subjacentes às práticas centradas na família. In M. Serrano. *Redes Sociais de Apoio e sua Relevância para a Intervenção Precoce*. Porto: Porto Editora.
- Serrano, M. & Correia, M. (2000). Intervenção Precoce Centrada na Família: uma perspectiva ecológica de atendimento. In M. Serrano & M. Correia, *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce – Das Práticas Centradas na Criança às Práticas Centradas na Família*. Porto: Porto Editora.
- Shonkoff, J. & Meisels, S. (2000). Early childhood intervention: A continuing evolution. In J. Shonkoff & S. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 3-31) Cambridge: University Press

- Shonkoff, J. & Marshall, P. (2000). The Biology of Developmental Vulnerability. In J. Shonkoff & Meisels (eds). *Handbook of early childhood intervention*. (pp.35-53). Cambridge: University Press.
- Silva, M. (2007). *Educar para o Autocuidado num Serviço Hospitalar*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade do Porto, Porto.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa, técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed
- Tegethof, M. (2007). *Estudos sobre a Intervenção Precoce em PORTUGAL: ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias*. Dissertação de Doutoramento não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação do Porto, Porto.
- Thurman, S. (1997). Systems, Ecologies, and the Context of Early Intervention. In S. K. Thurman, J. R. Cornwell & S. R. Gottwald, *Contexts of Early Intervention – Systems and Settings* (pp.3-17). Baltimore: Brookes.
- Veríssimo, M., Monteiro, L., Vaughn, B. & Santos, A. (2003). Qualidade da vinculação e desenvolvimento sócio-cognitivo. *Análise Psicológica*, 4 (21), 419-430.
- Yunes, M. & Juliano, M. (2010). A Bioecologia do Desenvolvimento Humano e as suas Interfaces com Educação Ambiental. *Cadernos de Educação*, 37, 347-379.
- Yunes, M. & Szymanski, H. (2005). Entrevista reflexiva e Grounded-Theory. *Journal of Psychology*, 39 (3), 1-9.

Anexo A - Pedido de colaboração em projeto de investigação

Exm.^a Sra. Coordenadora

Sou estudante de Mestrado em Psicologia na Universidade de Évora e encontro-me a desenvolver um projeto de investigação sobre o funcionamento das Equipas de Intervenção Precoce, mais concretamente acerca do papel desempenhado pelos técnicos que as constituem. Neste âmbito, venho por este meio solicitar a colaboração do Psicólogo da equipa, para responder a algumas questões sob a forma de entrevista, que muito contribuirão para o estudo.

De acordo com os princípios éticos da investigação, garantimos o anonimato das respostas, bem como a confidencialidade das informações, as quais serão utilizadas apenas no âmbito do presente estudo.

Sem mais de momento, aguardo a vossa disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos.

A aluna: Cátia Abreu

Contactos:

Catiabreu87@gmail.com

Tlm: 963328681

Évora, 12 de Janeiro de 2012

Anexo B – Ficha de registo biográfico, pessoal e profissional

Projeto de Investigação:

“A Identidade Profissional dos Psicólogos na Intervenção Precoce”

Agradecendo a sua disponibilidade para participar neste projeto e assumindo, desde já, o total sigilo e anonimato de todos os dados que me forem fornecidos, peço-lhe um **registo da sua biografia pessoal, académica e profissional.**

Identificação Pessoal

| | |
|---------------------|--|
| Sexo | |
| Data de Nascimento | |
| Local de Residência | |

Formação Académica

| | |
|-------------------------|--|
| Ano de Formação | |
| Instituição de Formação | |
| Grau de Formação | |
| Área de Especialização | |
| Outras Especializações | |

Identificação Profissional

| | |
|---|--|
| Tempo de Experiência em I. P. | |
| Local onde exerce atualmente a actividade | |
| Nº de horas semanais | |
| Principais actividades desenvolvidas | |

Obrigada pela colaboração!

Anexo C – Consentimento informado

Eu _____, declaro ter conhecimento de que os dados recolhidos na presente entrevista se destinam a um trabalho de investigação acerca do papel desempenhado pelo psicólogo nas equipas de Intervenção Precoce, a decorrer no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia da Universidade de Évora.

Mais declaro autorizar que o meu relato seja gravado, sendo os respectivos dados utilizados de forma absolutamente confidencial, ou seja, nos documentos produzidos não haverá nenhuma informação passível de contribuir para a identificação dos participantes.

Local e Data: _____ _ / _ / _

Assinatura do Entrevistado: _____

O Investigador Responsável:

Nome: Cátia Fabiana Mendes Câmara Abreu

Assinatura: _____