



Instituto Politécnico
de Castelo Branco
Escola Superior
de Educação

Intervenção Precoce - Estudo Comparativo entre Portugal e Espanha

Marta Isabel Quelhas Miguel

Orientadora

Professora Doutora Cristina Maria Gonçalves Pereira

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Educação Especial – Domínio Cognitivo e Motor, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Cristina Maria Gonçalves Pereira, Professora Adjunta do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

dezembro de 2019

Composição do júri

Presidente do júri

Doutora Maria Helena Ferreira de Pedro Mesquita.

Vogais

Doutora Isabel Maria Esteves da Silva Ferreira

Professora Adjunta do Instituto Politécnico de Portalegre

Doutora Cristina Maria Gonçalves Pereira

Professora Adjunta do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Dedicatória

Ao meu filho Guilherme, o melhor presente que a vida me deu.

Ao meu marido, companheiro de vida e de aventuras.

Aos meus pais, pilares da minha vida.

Agradecimentos

Esta dissertação de mestrado foi uma longa viagem que há muito sonhava fazer e que a maternidade me fez adiar ao longo do tempo. Agora que decidi fazê-lo percebi que foi um percurso cheio de alegrias e imensas aprendizagens, mas também cheio de percalços e desafios a todos os níveis: físico, intelectual, mas acima de tudo emocional. Quem me conhece sabe que não sou pessoa de baixar os braços e de desistir facilmente perante as várias adversidades que foram surgindo durante este último ano. E por isso quero agradecer a todos aqueles que me ajudaram a trilhar este percurso e que ao longo destes dois anos me apoiaram neste meu novo projeto de vida.

Em primeiro lugar o meu especial e profundo agradecimento à minha orientadora, a Professora Dr.^a Cristina Pereira, que desde o primeiro dia acreditou em mim e no meu trabalho. Agradeço o seu rigor no acompanhamento, a sua permanente disponibilidade para me guiar neste processo e principalmente o seu enorme apoio nas muitas adversidades que surgiram ao longo deste estudo.

Ao Dr. Luís Borges uma palavra de gratidão pela pronta disponibilidade em partilhar comigo toda a sua sabedoria e experiência de vida ligada às crianças.

À Dr.^a Leonor Carvalho, um grande obrigada por prontamente me conceder a entrevista e disponibilizar todas as informações e materiais necessários sobre a ANIP para a realização deste estudo.

À Professora Dr.^a Ana Serrano que, mesmo sem me conhecer pessoalmente, gentilmente, me concedeu documentos bibliográficos para este estudo.

Ao meu filho, Guilherme, que amo mais que tudo, e que espero poder compensar por todos os dias e noites em que não pude estar com ele apoiando-o, como sempre fiz, em todos os seus momentos da vida.

Ao meu marido que, desde o primeiro dia, me incentivou a participar nesta aventura e que sempre me apoiou neste novo projeto de vida. Obrigada pelo amor, carinho, apoio, incentivo, compreensão e paciência.

Resumo

A realidade da Intervenção Precoce na Europa assume contornos bastantes distintos nos vários países. Mais concretamente as assimetrias de região para região quer em Portugal quer em Espanha, ao nível das práticas de Intervenção Precoce (IP), foram-se tornando mais evidentes levando a uma necessidade de criar um quadro de referência comum. É nesse sentido que, quer em Portugal quer em Espanha, foram publicados, através da *Associação Nacional de Intervenção Precoce (ANIP)* e da *Federación Española de Asociaciones de Profesionales de la Atención Temprana (GAT)*, dois livros com o mesmo objetivo: elaborar um guia para profissionais de IP que permita orientar e disseminar as práticas de IP nos dois países.

O presente estudo pretende contribuir para esclarecer a realidade da Intervenção Precoce em Portugal e Espanha. Mais concretamente o objetivo é caracterizar, numa perspetiva comparativa, a IP nos dois países na busca de pontos de interseção, reveladores de uma possível semelhança entre duas sociedades tão interligadas geográfica, afetiva e culturalmente.

Trata-se de uma investigação de carácter qualitativo em que o método de estudo escolhido foi o estudo de caso. Este assenta numa metodologia essencialmente descritiva e analítica em que também é usada uma descrição histórica pois são analisados acontecimentos e instituições relacionados com a IP que influenciaram as sociedades.

Os instrumentos e técnicas de recolha de dados (entrevistas e a pesquisa documental) e as técnicas de análise de dados (análise de conteúdo das entrevistas, análise de documentos internos e a análise de conteúdo dos manuais relativos à IP publicados em Portugal e Espanha) permitiram apurar similitudes, nuances específicas, mas também diferenças no que respeita a área da Intervenção Precoce destes dois países. Mais concretamente pudemos concluir que ambos os manuais foram elaborados por especialistas com o objetivo de criar um manual de referência comum para os profissionais da área de IP em cada um dos países. Organizados de forma muito coerente e fazendo uso de linguagem acessível estes dois manuais, já reeditados, definem a IP como sendo um serviço prestado as crianças, dos 0 aos 6 anos, que apresentem problemas no seu desenvolvimento e suas famílias. Pudemos também perceber que a constituição das equipas de IP/AT são muito semelhantes já que são constituídas por profissionais dos três ministérios responsáveis, e que estas têm modos de atuação muito semelhantes. Este trabalho de investigação também nos permitiu perceber que existem várias dissemelhanças entre estes nomeadamente o manual espanhol foi o primeiro a ser publicado e que se encontra disponível on-line ao contrário do manual português que foi publicado posteriormente e só pode ser adquirido através da ANIP. Também pudemos observar que o manual português se distingue do manual espanhol pela sua excelente fundamentação teórica acerca dos estudos na área da neurobiologia do desenvolvimento e da psicologia bem como da perspetiva histórica da Intervenção Precoce.

Palavras chave

Intervenção Precoce; Portugal; Espanha; ANIP; GAT;

Abstract

The reality of Early Intervention in Europe takes on very different outlines in different countries. More concretely, the asymmetries from region to region, both in Portugal and in Spain, in terms of Early Intervention practices, have become more evident, leading to a need to create a common frame of reference. It is in this sense that, both in Portugal and in Spain, two books with the same objective were published, through the National Association for Early Intervention (ANIP) and the Federación Española de Asociaciones de Profesionales de la Atención Temprana (GAT): guide for IP professionals to guide and disseminate IP practices in both countries.

This study aims to contribute to clarifying the reality of Early Intervention in Portugal and Spain. More specifically, the objective is to characterize, in a comparative perspective, the Early Intervention in the two countries in the search of intersection points, revealing a possible similarity between two societies so geographically, emotionally and culturally interconnected.

This is a qualitative investigation in which the chosen study method was the case study. This is based on an essentially descriptive and analytical methodology in which a historical description is also used, as events and institutions related to Early Intervention that have influenced societies are analyzed.

The instruments and techniques of data collection (interviews and documentary research) and data analysis techniques (content analysis of the interviews, analysis of internal documents and content analysis of the manuals related to Early Intervention published in Portugal and Spain) allowed to discover not only similarities and specific nuances, but also differences in the area of Early Intervention in these two countries. More specifically, we were able to conclude that both manuals were prepared by specialists in order to create a common reference manual for professionals in the field of IP in each of the countries. Organized in a very coherent way and making use of accessible language, these two manuals, already reedited, define Early Intervention as a service provided to children, from 0 to 6 years old, who have problems in their development and their families. We were also able to understand that the constitution of the Early Intervention teams is very similar since they are made up of professionals from the three responsible ministries, and that these have very similar ways of action. This research work also allowed us to realize that there are several differences between them, namely the Spanish manual was the first to be published and that is available online on the contrary of the Portuguese manual that was published later and can only be purchased through ANIP. We can also observe that the Portuguese manual is distinguished from the Spanish manual for its excellent theoretical foundation about studies in the field of the neurobiology development and psychology as well as the historical perspective of Early Intervention.

Keywords

Early Intervention; Portugal; Spain; ANIP; GAT

Índice geral

Composição do júri.....	III
Agradecimentos	VII
Resumo.....	IX
Palavras chave	X
Abstract.....	XI
Índice geral.....	XIII
Índice de figuras.....	XVII
Lista de tabelas	XIX
Lista de abreviaturas, siglas	XXI
Introdução	1
1º Capítulo: Enquadramento Bibliográfico.....	3
1. Perspetivas psicológicas e sua influência na Intervenção Precoce	3
1.1. Modelo de Primeira Geração	4
1.1.1. Modelo Transacional.....	8
1.1.2. Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano	9
1.1.3. Teoria Sistémica da Família.....	12
1.2. Modelo de Segunda Geração.....	13
1.3. Modelo de Terceira Geração.....	15
1.3.1. Abordagem Centrada na Família.....	15
1.3.2. Modelo de Corresponsabilização e Promoção das Capacidades da Família.....	20
1.3.3. Modelo de Apoio e Reforço das Potencialidades da Família.....	21
1.3.4. Modelo de Touchpoints.....	23
2. Perspetiva histórica da Intervenção Precoce.....	26
2.1 Intervenção Precoce na Europa.....	26
2.2. Intervenção Precoce em Portugal.....	30
2.2.1. Evolução Histórica da Educação Especial	31
2.2.2. Evolução Histórica da Educação Pré-Escolar em Portugal.....	33
2.2.3. Evolução histórica da Intervenção Precoce	36
2.2.4. Princípios Orientadores das práticas em Intervenção Precoce.....	54
2.3. Intervenção Precoce em Espanha.....	61
2.3.1. Evolução Histórica da Intervenção Precoce	61

2.3.2.	Legislação internacional subscrita pela Espanha.....	90
2.3.3.	Legislação de Âmbito Estatal.....	93
2.3.4.	Legislação de Âmbito das Comunidades Autónomas	97
2.3.5.	Princípios básicos da Atención Temprana.....	109
2.4.	Instituições de referência na Intervenção Precoce em Portugal e Espanha	110
2.4.1.	Associação Nacional de Intervenção Precoce (ANIP) – Portugal.....	111
2.4.2.	Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT) - Espanha.....	111
2º	Capítulo: Estudo Empírico	112
1.	Natureza do estudo.....	112
2.	Problemática e propósitos do estudo	115
3.	Sujeitos de estudo e fontes de análise	116
4.	Instrumentos e técnicas de recolha de dados.....	116
5.	Procedimentos éticos e legais	119
6.	Apresentação e análise de resultados	120
6.1.	Caraterização dos sujeitos de estudo.....	120
6.1.1.	Associação Nacional de Intervenção Precoce (ANIP) – Portugal.....	120
6.1.2.	Grupo de Atención Temprana (Atual Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, [GAT]) – Espanha.....	130
6.2.	Apresentação e análise dos dados	134
7.	Conclusões	163
7.1.	Limitações do estudo	167
7.2.	Sugestões	167
	Referências bibliográficas:.....	168
	Referências legislativas	182
	APÊNDICES.....	183
	APÊNDICE A - Entrevista ao Presidente da ANIP	185
	(Entrevista A).....	185
	APÊNDICE B – Entrevista á Diretora de Serviços da ANIP	205
	(Entrevista B).....	205
	APÊNDICE C - Consentimento Informado	221
	APÊNDICE D – Emails trocados com o Presidente do GAT	225
	APÊNDICE E – Email do presidente do GAT indicando o seu representante	231

APÊNDICE F – Emails trocados com o representante do GAT.....	235
APÊNDICE G – Análise de conteúdo das entrevistas	241
APÊNDICE H – Guião das Entrevistas.....	257
APÊNDICE I – Análise de Conteúdo dos Manuais	263

Índice de figuras

Figura 1 — Modelo da ecologia de desenvolvimento humano de Bronfenbrenner	11
Figura 2 — Modelo Integrado de IPI.....	16
Figura 3 — Principais componentes de um modelo de intervenção precoce e apoio familiar	18
Figura 4: Quatro componentes fundamentais das práticas de Intervenção Precoce ...	21
Figura 5: Componentes-Chave de um Programa de Intervenção Precoce Centrado na Família	22
Figura 6: Estrutura do SNIPI.....	50
Figura 7: Constituição das Equipas.....	51
Figura 8: Ficha de referênciação	53
Figura 9: Ciclo de vida da família com uma criança com NEE	56
Figura 10: Modelos de equipa	60
Figura 11: Legislação em AT nas diferentes Comunidades Autónomas	101
Figura 12: Idade contemplada pela AT em cada uma das Comunidades Autónomas	106
Figura 13: Ações de formação realizadas para divulgação do manual “Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um Guia para Profissionais” ...	128
Figura 14: Ações de formação realizadas para divulgação do manual “Libro Blanco de Atención.....	133

Lista de tabelas

Tabela 1 — Abordagens de apoio à família	19
Tabela 2 — Factores de Risco Biológico e Social	79
Tabela 3 — Prevenção Primária – Funções de cada um dos serviços	83
Tabela 4: Prevenção Secundária – Funções de cada um dos serviços nas etapas pré-natal, perinatal e pós-natal	84
Tabela 5: Prevenção Terciária – Funções de cada um dos serviços.....	87
Tabela 6: Regulamentos internacionais que influenciaram a AT	91
Tabela 7: Normativos estatais na área da saúde	93
Tabela 8: Normativos estatais na área dos serviços sociais	94
Tabela 9: Normativos estatais na área da educação.....	96
Tabela 10: Tabela comparativa referente aos normativos publicados entre 2013 e 2018.....	102
Tabela 11: Tabela comparativa relativa aos dados obtidos na categoria 1- Obra.....	136
Tabela 12 - Tabela comparativa relativa aos dados obtidos na segunda categoria – Credenciais dos autores.	138
Tabela 14: Tabela comparativa relativa aos dados obtidos na categoria 4 – Informação e análise disponibilizadas no manual.....	152
Tabela 15: Tabela comparativa relativa aos dados obtidos na categoria 5 – Quadro de referência dos autores	158
Tabela 16: Tabela comparativa relativa aos dados obtidos na categoria 6 – Análise crítica do investigador	159
Tabela 17: Tabela comparativa relativa aos dados obtidos na categoria 7 - Indicações do investigador.....	163

Lista de abreviaturas, siglas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ANIP – Associação Nacional de Intervenção Precoce

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

ARS – Administração Regional de Saúde

AT – Atención Temprana

CADEX - Centro de Atención a la Discapacidad de Extremadura

CAIPDV - Centro de Apoio à Intervenção Precoce na Deficiência Visual

CAIT - Centros de Atención Infantil Temprana

CAT - Centros de Atención Temprana

CDIAT - Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana

CDSS- Centro Distrital de Segurança Social

CEAF – Centro de Estudo e Apoio à Criança e à Família

CERMI - Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad

CEP - Centros de Estimulación Precoz

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CIF-CY – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e saúde para crianças e jovens

CNE – Conselho Nacional de Educação

CERCIS – Cooperativas de Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas

COMP – Centro de Observação Médico- Pedagógica

COOMP – Centro de Observação e Orientação Médico - Pedagógica

DEC – Division for Early Childhood

DEEB – Divisão de Ensino Especial do Básico

DEES - Divisão de Ensino Especial do Secundário

DGERT - Direção Geral do Emprego e das Relações do Trabalho

DGS- Direção Geral de Saúde

DREC – Direção Regional de Educação do Centro

DSOIP – Direção dos Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica

EEE'S – Equipas de Educação Especial

EADSNE – European Agency for Development in Special Needs Education

EAECI/EURLYAID - European Association on Early Childhood Intervention
ECI – Early Childhood Intervention
EE – Educação Especial
ELI – Equipa Local de Intervenção
EPE – Educação Pré-Escolar
ESFIP - Escala Europeia de Satisfação das Famílias em Intervenção Precoce
EVO - Equipos de Valorización Y Orientación
FADEM - Federación de Asociaciones Pro Personas con Deficiencia Mental de Madrid
FEAPS - Confederación Española de Organizaciones a Favor de las Personas con Discapacidad Intelectual
GAT – Grupo de Atención Temprana / Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana
GENMA - Grupo de Estudios Neonatológicos de la Comunidad de Madrid
GENYSI - Grupo de Estudios Neonatológicos y Servicios de Intervención
GTI – Grupo de Trabalho em Investigação
GC – Gestor de Caso
ICF – Intervenção Centrada na Família
IMAIN - Instituto Madrileño de Atención a la Infancia
IMMF - Instituto Madrileño del Menor y la Familia
IMSERSO - Instituto de Migraciones y Servicios Sociales
INSALUD - Instituto Nacional de Salud
INSERSO - Instituto Nacional de Servicios Sociales
IP - Intervenção Precoce
IPI – Intervenção Precoce para a Infância
ISEI - International Society on Early Intervention,
LBSE – Lei de Bases do Sistema Educativo
LGS - Ley General de Sanidad
LISMI – Ley de Integración de los Minusválidos
LOCE - Ley de Calidad de la Educación
LOE - Ley Orgánica de la Educación
LOGSE – Ley de Ordenación General del Sistema Educativo
LOMCE - Ley de Educación para la Mejora de la Calidad Educativa

LOPEG - Ley Orgánica de la Participación, la Evaluación y el Gobierno de los Centros Docentes

LQEPE – Lei-Quadro da Educação Pré-Escolar

MADEX - Marco de Atención a la Discapacidad en Extremadura

ME – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

MTSS – Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social

NEE – Necessidades Educativas Especiais

ODAT - Organización Diagnóstica para la Atención Temprana

ONCE - Organización Nacional de Ciegos de España

ONG – Organização Não Governamental

PADI - Grupo de Prevención y Atención al Desarrollo Infantil

PIIP – Projecto Integrado de Intervenção Precoce

PIIP – Plano Individual de Intervenção Precoce

PIAF – Plano Individual de Apoio à Família

SADA – serviços de Apoio às Dificuldades de Aprendizagem

SEPAD - Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia

SEREM –Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos

SES - Servicio Extremeño de Salud

SNIPI – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SNR – Secretariado Nacional de Reabilitação

SOD – Serviços de Orientação Domiciliária

SPCE - Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OCEPE – Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar

ONU – Organizações das Nações Unidas

UNICEF - United Nations Children's Foundation

UOE – Unidade de Orientação Educativa

UPA - Unidades de Promoción de la Autonomía

VHT/VIG - Video Home Training- Video Interaction Guidance

Introdução

A Intervenção Precoce para a Infância sofreu ao longo das últimas décadas uma grande evolução tendo ganho um papel de destaque para várias agências europeias. Com o reconhecimento da importância da IPI, quer para as crianças quer para as famílias, as várias agências europeias defendem a necessidade de melhorar os serviços prestados à primeira infância.

De acordo com a *European Agency for Development in Special Needs Education* [EADSNE] (2005) a realidade da Intervenção Precoce na Europa assume contornos bastantes distintos nos vários países. Mais concretamente as assimetrias de região para região, quer em Portugal quer em Espanha, ao nível das práticas de IP, foram-se tornando mais evidentes levando a uma necessidade de criar um quadro de referência comum. É nesse sentido que, quer em Portugal quer em Espanha, foram publicados, através da *Associação Nacional de Intervenção Precoce* (ANIP) e da *Federación Española de Asociaciones de Profesionales de la Atención Temprana* (GAT), dois livros com o mesmo objetivo: elaborar um guia para profissionais de IP que permita orientar e disseminar as práticas de IP nos dois países.

O presente estudo pretende contribuir para esclarecer a realidade da Intervenção Precoce em Portugal e Espanha. Mais concretamente o objetivo é caracterizar, numa perspetiva comparativa, a IP nos dois países na busca de pontos de interseção, reveladores de uma possível semelhança entre duas sociedades tão interligadas geográfica, afetiva e culturalmente.

Trata-se de uma investigação de carácter qualitativo, de cunho descritivo, que se constitui num estudo de caso, na qual serão utilizadas como técnicas de recolha de dados a pesquisa documental, a entrevista e a análise de conteúdo. Estes permitirão apurar similitudes, nuances específicas, mas também diferenças no que respeita a área da Intervenção Precoce nestes dois países.

Com o objetivo de organizar a informação e a análise que integram o *corpus* da nossa pesquisa, o trabalho será composto por dois capítulos. O primeiro é constituído por uma fundamentação teórica subjacente ao tema. No sentido de explicitar perspetivas psicológicas que influenciaram a IP será feita, no ponto um, revisão de literatura no sentido de explicitar os modelos de primeira geração no qual se salienta o Modelo Transaccional, o Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano e a Teoria Familiar Sistémica. Será ainda feita alusão aos modelos de segunda e terceira geração dando especial destaque à Abordagem Centrada na Família, ao Modelo de Corresponsabilização e Promoção das Capacidades da Família, ao Modelo de Apoio e Reforço das Potencialidades da Família e ao Modelo de Touchpoints. Posteriormente, no ponto dois, será feita, muito sucintamente, uma abordagem à Intervenção Precoce na Europa. Seguidamente passaremos a particularizar o caso da IP em Portugal e da Espanha fazendo por isso, uma análise detalhada acerca da evolução histórica da IP,

dos normativos em vigor bem como os princípios orientadores da IP de cada país. Pela proximidade geográfica à região onde nos encontramos daremos especial destaque à região autónoma da Extremadura.

O segundo capítulo deste trabalho concretiza-se na componente empírica na qual serão abordados a natureza do estudo, a questão subjacente à investigação realizada, os sujeitos de estudo e fontes de análise, bem como os instrumentos de recolha de dados e procedimentos éticos. No final faremos a caracterização dos sujeitos de estudo e a respetiva apresentação e análise efetuada tendo por base os dados recolhidos através da pesquisa documental, da entrevista bem como a técnica de análise de conteúdo. Findamos este extenso trabalho com a apresentação das conclusões do presente trabalho de investigação e.

1º Capítulo: Enquadramento Bibliográfico

1. Perspetivas psicológicas e sua influência na Intervenção Precoce

O conceito de Intervenção Precoce foi sofrendo várias alterações ao longo do tempo quer no enfoque da intervenção quer também no papel dos profissionais. Estes progressos são resultado de todo um conjunto de influências práticas, conceptuais e teóricas, as quais tiveram enormes repercussões quer ao nível da implementação quer ao nível da organização da IP (Caldeira, Seixas e Piscalho, 2017). Nesse sentido parece pertinente salientar, de entre os inúmeros trabalhos relacionados com a evolução histórica da Intervenção Precoce para a Infância (IPI) e com a fundamentação teórica das práticas, alguns trabalhos de investigadores portugueses publicados nomeadamente os de Almeida (2000a, 2000b), Alves (2009), Bairrão (1994), Breia, Almeida e Colôa (2004), Carvalho et al. (2016), Coutinho (1999), Cruz, Fontes e Carvalho (2003), Felgueiras (1997a, 1997b), Gronita (2014), Pimentel (2005), Ruivo e Almeida (2002), Santos (2007), Serrano (2007), Serrano e Correia (2000) e Tagethof (2007).

Nas décadas de 40 e 50 do século passado, surgiu nos Estados Unidos a ideia de IP como resposta aos “elevados índices de insucesso escolar e para fomentar a integração multicultural” (Fuertes, 2016, p. 13). Até então as práticas centravam-se na criança não sendo dada qualquer relevância às famílias nem aos contextos de vida. Estas tinham, segundo Coutinho (1996), como base o modelo médico no qual se falava de preferência em terapia e estimulação. Este modelo em nada facilitava o envolvimento parental, já que as famílias, nesta primeira fase, eram consideradas barreiras sendo-lhes atribuído um mero papel de espetadoras passivas, i.e., eram consideradas barreiras enquanto que os profissionais eram entendidos como especialistas, i.e., eram considerados os únicos capacitados para intervir (Carvalho e Lopes, 2006; Serrano e Correia, 2000). Não se estranha por isso que este tenha recebido muitas críticas ao longo dos últimos anos não só por dar ênfase excessivo ao profissional e às instituições em detrimento da criança, mas também por limitar as possibilidades de escolha, concentrar-se na patologia e nos défices dando um enfoque limitado á criança (Pereira e Serrano, 2010; Serrano e Correia, 2000). Faz por isso todo o sentido que Simeonsson & Bailey (1990) citados por Carvalho e Lopes (2006), Fuertes (2016) e Serrano e Correia (2000) refiram que esta é a primeira fase do envolvimento parental, uma fase caracterizada pelo papel passivo dos pais.

Até final da década de 50, as raízes filosóficas e pragmáticas das intervenções da primeira infância surgiram de uma diversidade de fontes nomeadamente a educação infantil precoce, saúde materna e infantil, educação especial e pesquisa sobre desenvolvimento infantil. Nesse sentido a base para os desenvolvimentos educacionais, psicológicos, de saúde pública e de políticas públicas nos últimos 40

anos ficaram a dever-se às interações entre perícia profissional e técnicas de políticas sociopolíticas (Meisels & Shonkoff, 2000).

1.1. Modelo de Primeira Geração

Mais tarde na década de 60, com o aparecimento das teorias sistémicas, em particular da teoria sistémica da família, o enfoque da IP passou a centrar-se cada vez mais na família.

Além da influência das teorias sistémicas, os modelos e as práticas de Intervenção Precoce também sofreram, de acordo com Carvalho et al. (2016), avanços substanciais que muito se devem aos avanços das investigações nas áreas do desenvolvimento, das ciências da educação e sociais. Autores como Almeida (2000a), Rodrigues, Seixas e Piscalho (2017), Serrano e Correia (2000) e Tagethof (2007) realçam os estudos na área do desenvolvimento da criança nomeadamente os estudos de Vygotsky (1934/1981, 1978), Wallon (1942), Hebb (1949), Bowlby (1951), Piaget (1951), Hunt (1961) e Bloom (1964) que em muito contribuíram para compreender o desenvolvimento da criança, reforçar a importância dos ambientes nas primeiras experiências da criança e das teorias de vinculação para um desenvolvimento saudável.

Não é por isso estranho que Meisels & Shonkoff (2000) considerem os anos 60 como “mark the beginning of the modern era in early childhood intervention” (p. 13). Considerando-o “a time of optimism and creative program development” (p. 13) os autores, referem que este foi um período fortemente instigado pelo amplo apoio público ao investimento nos serviços humanos e pela abertura e pretensão do governo em promover metas sociais mais ambiciosas. Este enorme interesse e preocupação por parte de pais, profissionais e até de políticos influentes que tinham membros da família com Necessidades Educativas Especiais (NEE) contribuiu para esta mudança de atitudes (Meisels e Shonkoff, 2000; Serrano, 2007).

Nesse sentido surgiram os primeiros programas na área da IP, os quais eram dirigidos a crianças em risco envolvental (Leitão, 1989), e cuja filosofia era semelhante à da Educação Compensatória que previa apoios no âmbito da educação (aulas de apoio), saúde e económicos (apoios na compra de manuais escolares) para as crianças com insucesso escolar ou problemas desenvolvimentais. Tratava-se de uma resposta direcionada às crianças com dificuldades em aprender e não às crianças com deficiências, já que se acreditava que os apoios escolares e sociais poderiam minimizar as dificuldades (Fuertes, 2016). Estes programas foram criados com o intuito de “quebrar o ciclo da pobreza e baseavam-se no pressuposto que, dada a plasticidade do desenvolvimento nos primeiros anos de vida, uma interação neste período teria efeitos quer a nível preventivo quer a nível remediativo” (Pimentel, 1996, p. 126).

De acordo com Almeida (2000a) e Breia, Almeida e Colôa (2004) estes programas tinham duas vertentes nomeadamente a terapêutica e a compensatória.

Na vertente terapêutica a criança era considerada uma constante fonte de problemas para a sua família sendo a medicação utilizada como um recurso para resolver os problemas (Almeida, 2000a). Nesta altura o enfoque era a criança e só depois o adulto cuja função era apoiar na tarefa (Breia et al., 2004).

Numa perspetiva muito diferente, surge a vertente compensatória, em que havia já a preocupação de envolver as famílias nas questões relacionadas com a educação, a saúde e o social (Breia et al., 2004).

Trata-se de um modelo de primeira geração de programas para IP, de cariz biomédico e terapêutico, que normalmente se desenrolava em estruturas especializadas, e que tinha como alvo as crianças com diferentes problemáticas. Desta forma neste modelo a criança é o centro de todo o processo já que o objetivo era evitar o agravamento dos défices das crianças, atenuá-los ou mesmo eliminá-los (Bairrão e Almeida, 2003; Breia et al., 2004).

Influenciados pelas propostas teóricas de Hunt (1961) e Bloom (1964) surgem então os, já referidos Programas de Educação Compensatória, os quais se evidenciavam pelo seu cariz deficitário e remediativo centrados na criança (Almeida, 2000a). Destaque-se o Head Start, um programa, que surgiu em 1965, cujo objetivo principal era o de dissipar o ciclo de pobreza respondendo mais concretamente às dificuldades de aprendizagem, problemas de saúde e resultados negativos no comportamento adaptativo aquando da idade adulta das crianças e famílias que viviam nessas condições (Almeida, 1997; Correia, 1996; Meisels & Shonkoff, 2000). Este surgiu pela liderança do pediatra, Julius B. Richmond, e do psicólogo, Edward F. Zigler (Meisels e Shonkoff, 2000) e aplicava-se a crianças em Educação Pré-Escolar (EPE) (Almeida, 1997; Leitão, 1989; Pereira e Serrano, 2010) pois os seus fundadores defendiam que os ambientes socioeconomicamente empobrecidos abarcam factores de risco biológicos e experimentais que podem afetar a infância (Meisels e Shonkoff, 2000).

Além deste também surgiu o Programa Early Head Start, o qual se destinava a crianças menores de três anos (Pereira e Serrano, 2010) e o Home-Start que introduz, segundo Pimentel (1999), uma componente fundamental: o domicílio. De acordo com a autora o objetivo deste programa era valorizar as capacidades maternas para educar e cuidar dos seus filhos sendo para isso definidos objetivos sócio emocionais, de saúde, nutrição e educacionais.

Bairrão (2003) também refere um importante programa de IP de primeira geração que surgiu em 1969, o Programa Portage para Pais. Criado numa tentativa de conceder apoio educacional e desenvolvimental a crianças em idade pré-escolar com desvantagens, este programa foi bastante inovador já que assentava em três particularidades. A primeira estava relacionada com a tónica do programa que era predominantemente educacional. Em segundo lugar com o facto de ser um programa

dirigido aos pais, mais especificamente os pais trabalhavam com os filhos em casa e em parceria com os técnicos. Por último a terceira característica está relacionada com o modelo de formação e supervisão em espiral.

Serrano (2007) e Serrano e Correia (2000) acrescentam ainda que os resultados destas políticas que incentivavam a investigação e o desenvolvimento dos programas para a IP, para crianças com NEE e para as suas famílias levaram à publicação, durante a década de 60 e 70, de dois diplomas legais: a PL-88/156, em 1963 e a PL-90/538, em 1968. O Head Start surge, de acordo com Pereira e Serrano (2010) incorporado no “Economic Opportunity Act” de 1964 (PL 88-452) sendo feita, posteriormente, em 1972, uma adenda à lei no “Economic Opportunity Amendments” (PL 92-424).

Daí que Almeida (2000a) se refira à década de 60 como uma fase marcada pelo incremento de programas que facilitavam o desenvolvimento de crianças em idades precoces e posteriormente as crianças com NEE.

Por sua vez a década de 70 testemunhou um investimento nas necessidades das crianças com deficiência (Meisels e Shonkoff, 2000). Ao tornar-se uma prioridade tornou-se evidente a necessidade promulgação de legislação nesse sentido. A publicação da “*Education for All Handicapped Children Act*” (PL-94/142), em 1975, ao estabelecer o direito a uma educação gratuita e adequada para todas as crianças com NEE, veio reconhecer o valor da IP (Almeida, 1997, 2000a; Felgueiras, 1997b; Pereira e Serrano, 2010; Serrano, 2007; Serrano e Correia, 2000).

Além da publicação deste importante documento normativo, Serrano e Correia (2000) salientam também a influência de dois outros importantes factos. Em primeiro o movimento de desinstitucionalização que levou à necessidade de refletir acerca do atendimento no seio da família. E, em segundo lugar, a revolução da tecnologia na área da saúde que, ao alargar o ciclo de vida, criou outras necessidades no contexto dos cuidados permanentes e que conduziu consequentemente à necessidade de se dotar a família com meios e apoios que lhes permitissem responder a estas situações. Desta forma ao reconhecer e encorajar os pais como elementos da intervenção Simeonsson & Bailey (1990) citados por Carvalho e Lopes (2006), Fuertes (2016) e Serrano e Correia (2000) referem que estamos perante uma segunda fase de envolvimento parental.

Nos finais da década de 70, com a influência do behaviorismo ou modelo comportamental, o papel dos profissionais alterou-se sendo-lhes solicitado que instruísem os pais no sentido de estes interagirem com os filhos por forma a que lhes ensinassem novas competências (Almeida, 1997, 2000a; Carvalho e Lopes, 2006; Mendes e Seixas, 2016; Serrano e Correia, 2000).

Desta forma os pais ganharam visibilidade e tornaram-se naquilo a que Serrano e Correia (2000), chamaram de co-terapeutas ou co-tutores. Este progressivo envolvimento mais ativo dos pais permitiu a continuidade do trabalho desenvolvido pelos profissionais e veio a demonstrar a necessidade de formação dos pais e de

outros membros da família como veículo de mudança. Contudo Turnbull e Winton (1984, citados por Serrano e Correia, 2000) referem que apesar do envolvimento dos pais no processo educativo, neste período o foco de atendimento era exclusivamente centrado na criança. Nesse sentido Simeosson & Bailey (1990) citados por Carvalho e Lopes (2006), Fuertes (2016) e Serrano e Correia (2000) mencionam que este novo papel de co-terapeutas atribuído aos pais coloca-os numa nova fase, uma terceira fase de envolvimento parental em que o seu papel vai mais além do reconhecimento do seu papel na IP como anteriormente referido.

Ao longo deste capítulo pode perceber-se a enorme influência, nas práticas de IP, de alguns modelos conceptuais nomeadamente da teoria sistémica, da teoria behaviorista e também dos avanços das investigações nas áreas do desenvolvimento, das ciências da educação e sociais.

Pimentel (1996) considera que existem quatro modelos teóricos relacionados com o desenvolvimento da criança e da aprendizagem e que estão implícitas nas práticas de Intervenção Precoce nomeadamente: a perspetiva desenvolvimental, que ao realçar os factores maturativos de ordem genética considera os factores ambientais como secundários, embora reconheça que estes facilitam a progressiva aquisição de competências uma vez que esta é conseguida através da exploração e experiência individual; a perspetiva psicodinâmica que evidencia o desenvolvimento emocional e social que decorre do progressivo domínio de impulsos inatos no qual os adultos e o ambiente envolvente têm o papel de proporcionar as condições básicas para que a criança consiga transpor os vários estádios até atingir a maturidade sem grandes crises; a perspetiva behaviorista que defende que todos os comportamentos são aprendidos e enfatiza as interações das crianças com o ambiente considerando-o determinante para o seu desenvolvimento; e, finalmente, a perspetiva ecológica influenciada pelo “modelo transaccional de Sameroff e Chandler (1975), citados por Sameroff e Fiese (1990)” (p. 127) e pela teoria ecológica do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (1979).

No que diz respeito a Almeida (1997a) a autora evidencia apenas três perspetivas: a desenvolvimental, a behaviorista e a ecológica como principais perspetivas que servem de enquadramento teórico à maioria dos programas de IP. Anos mais tarde, a autora (Almeida, 2000a, 2010) refere que o quadro conceptual da IP se baseia no Modelo Transaccional (Sameroff & Chandler, 1975; Sameroff & Fiese, 1990), na Perspetiva Sistémica da Família (Minuchin, 1974; Turnbull & Turnbull, 1986), no Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano (Bronfenbrenner, 1977, 1986, 1989) e na Teoria do Suporte Social (Dunst, 1985; Dunst & Trivette, 1990).

Por sua vez Breia et al. (2004) e Carvalho et al. (2016) enfatizam que a conceptualização das práticas de IP surgiu, no final da década de 70, com as propostas teóricas do modelo ecológico-sistémico e bioecológico de Bronfenbrenner e do modelo transaccional de Sameroff. Hansel e Bolsanello (2012, citados por Fuertes, 2016) acrescentam que ambos os modelos preconizam o papel ativo dos pais e que,

sendo as famílias mediadoras entre o indivíduo e a sociedade, existe uma maior compreensão e interdependência de diversos factores o que irá influenciar o desenvolvimento da criança.

Além destes dois modelos teóricos, vários autores também referem a enorme influência da Teoria dos Sistemas, a qual defende que se uma alteração num dos membros da família provoca alterações nos outros membros da família então uma intervenção num membro da família também terá repercussões em toda a família (Almeida, 2000a; Breia et al., 2004; Caldeira, Seixas e Piscalho, 2017; Pimentel, 2005; Serrano e Correia, 2000; Sousa e Piscalho 2016).

Gronita (2012) por sua vez defende que além destes três modelos existem dois outros modelos que se enquadram nos modelos conceptuais da IP designadamente a teoria do suporte social, a qual destaca a importância das redes de suporte social formais ou informais; e um outro modelo ecológico, um modelo que enfatiza as influências culturais (Ramos, 2001), que remete para outro ângulo da influência do meio no desenvolvimento, funcionamento e organização das vidas das crianças e da sua família.

Nesse sentido considera-se pertinente fazer uma breve abordagem da Perspetiva Ecológica a qual explica o funcionamento familiar através das influências dos modelos Transaccional de Sameroff e das teorias sistémicas mais concretamente da Teoria Ecológica do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner e da Teoria Sistémica da Família de Minuchin.

1.1.1. Modelo Transaccional

Inicialmente articulado por Sameroff e Chandler em 1975, o modelo transaccional foi articulado para tentar explicar as variações de resultados, no que respeita ao desenvolvimento, dos bebés em risco (Serrano, 2007).

Este modelo defende que “o desenvolvimento da criança é o resultado de interações dinâmicas e contínuas entre a criança, a experiência fornecida pela família e o contexto social onde se encontra inserida” (Mendes e Seixas, 2016, p. 34). Nesse sentido Carvalho et al. (2016) referem que Sameroff propõe uma visão inovadora do desenvolvimento ao atribuir a mesma importância quer aos efeitos da criança sobre o meio quer aos efeitos do meio sobre a criança. Acrescentam ainda que recentemente, o mesmo autor propôs o modelo unificado de desenvolvimento em que os diferentes processos biológicos interagem entre si e com os processos psicológicos formando o sistema biopsicossocial do indivíduo. Gronita (2014) complementa referindo que Sameroff apresenta uma teoria unificada de desenvolvimento que integra pelo menos quatro modelos (mudança pessoal, contextual, regulação e representativo) a qual vai, no caso da Intervenção Precoce, permitir compreender o processo de desenvolvimento da criança e também o dos adultos que a rodeiam pois a qualidade de vida destes depende da dinâmica relacional e da influência mútua que ocorre nos sistemas.

Na perspetiva de Sameroff (2010, citado por Carvalho et al., 2016) “as mudanças desenvolvimentais na relação entre criança e contexto constroem-se com base num processo dinâmico e sucessivo entre mecanismos de regulação impostos pelos outros e da autorregulação que a criança vai conquistando” (p. 48). Trata-se, portanto, de um modelo que, como refere Pimentel (1999), pressupõe que o desenvolvimento humano se desencadeia através da interação da criança com o meio, sendo que esses efeitos são bidirecionais, o que implica que as transformações que ocorrem ao nível da criança e do meio sejam recíprocas.

Desta forma este modelo considera a família como elemento essencial para o crescimento e desenvolvimento da criança o qual resulta das interações que se vão estabelecendo continuamente entre estes (Almeida, 1997, 2000a; Alves, 2009; Antunes, 1998; Bairrão, 1994; Carvalho e Lopes, 2006; Correia e Serrano, 1997; Coutinho, 1999; Mendes, 2010; Pimentel, 1996; Serrano, 2007) o que leva a crer que a abordagem deve ser centrada na família já que ela integra um sistema que influencia o comportamento da criança. Daí que Brazelton e Crammer (1989) e Pimentel (1996) refiram a importância de, em cada momento de interação com a criança, serem estabelecidos laços de vinculação desde o nascimento e até mesmo durante a gravidez.

Sameroff e Fiese (2000) salientam a importância dos processos de regulação entre a criança, a família e os sistemas culturais, e a importância de estes serem analisados na sua dimensão temporal, objetivos, níveis de representação e contribuições específicas da criança.

Além disso Sameroff e Fiese (2000) definem também que existem três aspetos fundamentais de intervenção designadamente a remediação que muda a forma de comportamento da criança em relação aos pais; a redefinição que altera a interpretação do comportamento dos filhos por parte dos pais; e a reeducação que modifica o comportamento dos pais em relação ao seu filho.

1.1.2. Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano

De acordo com Serrano (2007) a origem da ecologia do desenvolvimento humano, defendida por Bronfenbrenner, está na Teoria Geral Sistémica de Ludwig Von Bertalanffy (1968).

A teoria de Bronfenbrenner foi, ao longo da sua carreira, constantemente revista e reformulada. O primeiro modelo, denominado “ecológico”, surgiu em 1979, como crítica à psicologia do desenvolvimento. O autor apresenta “a new theoretical perspective for research in human development. The perspective is new in its conception of the developing person, of the environment, and especially of the evolving interaction between the two” (Bronfenbrenner, 1979, p. 3). É nesse sentido que esta ciência “ao estudar a criança fora dos seus contextos, apesar de reconhecer que alguns dos comportamentos manifestados sofrem influências ambientais, definidas como variáveis distais - classe social, grupo étnico -, não procura fazer uma

análise detalhada da interrelação sujeito-ambiente” (Pimentel, 2005, p.38). Bronfenbrenner (1979) propõe um modelo que enfatiza as relações entre o indivíduo e o meio denominado de ecologia do desenvolvimento humano. O autor define este modelo como o estudo científico da adaptação progressiva e mútua entre um ser humano dinâmico em crescimento e as propriedades em mudança dos cenários imediatos que envolvem a pessoa em desenvolvimento já que esse processo é influenciado pelas relações entre os cenários e pelos contextos mais amplos em que estes cenários estão inseridos.

Neste modelo a criança encontra-se no centro de um sistema constante e dinâmico, o qual é constituído por sistemas funcionais que se interrelacionam e afetam o seu desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1979).

Bronfenbrenner (1979) descreve que o desenvolvimento ocorre através de uma hierarquia de sistemas com quatro níveis progressivamente mais amplos: o primeiro sistema denominado de microssistema diz respeito ao contexto mais próximo da criança, e às interações que esta aí estabelece designadamente a escola, a família ou amigos; o sistema seguinte, o mesossistema, diz respeito à interação estabelecida entre dois ou mais contextos, i.e., está relacionado com as interações no domicílio entre pais e técnicos; o terceiro sistema, o exossistema, diz respeito a contextos nos quais a criança não está diretamente envolvida, mas que influenciam ou são influenciados pelos acontecimentos nos outros sistemas (família alargada, amigos e vizinhos, serviços sociais); por último, o macrossistema, que abrange todos os outros ecossistemas e compreende os valores, as crenças, as atitudes, ideologias e aspetos normativos de determinada cultura ou subcultura específica por exemplo as leis nacionais ou as leis autárquicas.

Urie Bronfenbrenner (1979) defende ainda que cada vez que a posição do sujeito se altera devido a uma mudança no meio ou nos papéis e atividades desenvolvidas por este ocorre aquilo a que designou de transição ecológica. Acrescenta ainda que as transições ecológicas ocorrem durante toda a vida do sujeito e que estas são um elemento base no processo de desenvolvimento pois ao mesmo tempo que são uma consequência estas também estimulam o processo de desenvolvimento. É nesse sentido que Pimentel (1999) refere que este modelo coloca “a família no contexto alargado da vizinhança, comunidade e sistema institucional, sendo as relações que se estabelecem entre todos estes sistemas corresponsáveis no processo de desenvolvimento da criança” (p. 144).

Posteriormente Bronfenbrenner & Morris (2006) passaram a denominar de Modelo Bioecológico uma vez que consideram que o desenvolvimento humano depende de quatro dimensões que interagem entre si nomeadamente: Processo (interações da criança com os elementos do contexto); Pessoa (caraterísticas da criança que simplificam as interações); Contexto (caraterísticas do contexto que influenciam o desenvolvimento da criança) e Tempo (seguimento temporal em que se processam as interações). Neste modelo o contexto não é o centro de intervenção,

mas sim os processos, i.e., este modelo dá especial enfoque “às interações dinâmicas que se estabelecem entre a criança e o meio envolvente e para o impacto destas, nos diferentes contextos do seu desenvolvimento” (Rafael e Piscalho, 2016, p. 53).

Pereira e Serrano (2010) referem, por isso, o enorme contributo deste modelo para a Intervenção Precoce já que este permite perceber quais as relações entre os programas, “as conceptualizações alternativas aos factores que afectam as crianças e suas famílias, a multiplicidade de estratégias de intervenção, para além de nos alertar constantemente para o facto de o contexto dar forma às relações causais” (p. 8).

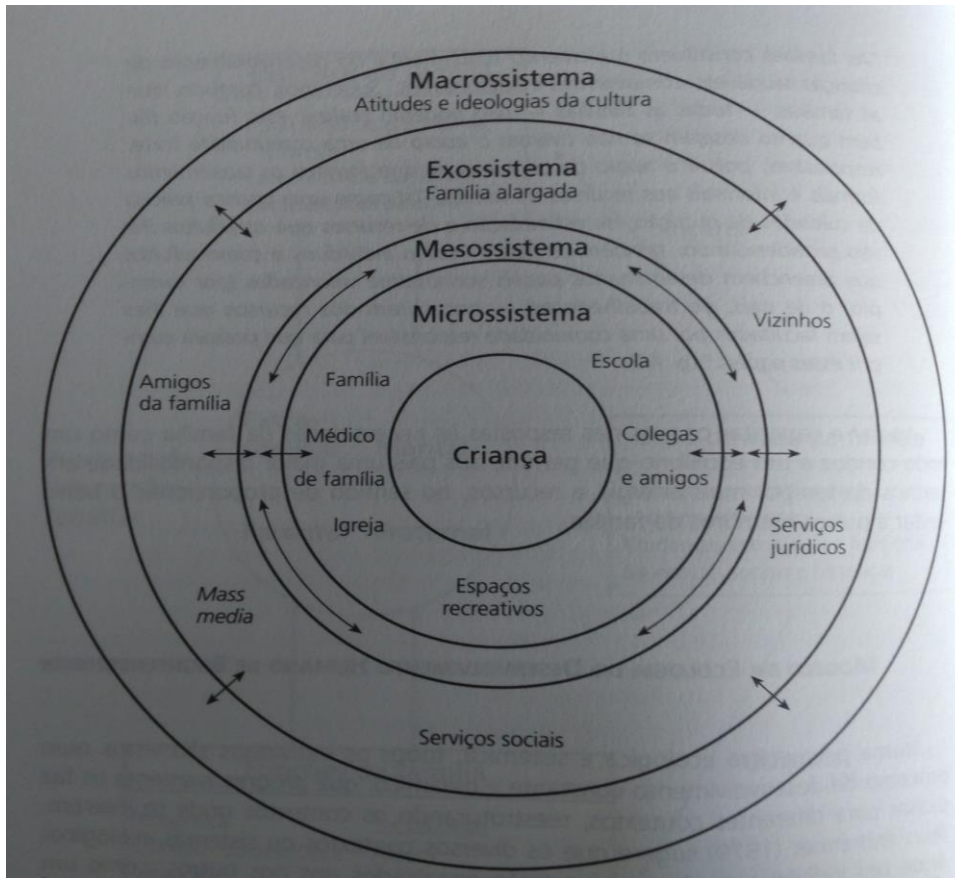


Figura 1 – Modelo da ecologia de desenvolvimento humano de Bronfenbrenner

Fonte: Serrano e Correia (2000). In L. M. Correia e A. M. Serrano. *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce - Das Práticas Centradas na Criança às Práticas Centradas na Família* (2000, p. 22)

Depois desta breve exposição destes modelos pode então perceber-se a sua contribuição para a conceptualização das práticas de Intervenção Precoce. Ambos os modelos anteriormente descritos permitiram o alargamento do campo de ação da IP a outros contextos deixando de se centrar exclusivamente na criança o que levou a uma descentralização progressiva das estratégias de avaliação e dos programas de IP (Cruz et al., 2003). Daí que Simeonsson & Bailey (1990) citados por Carvalho e Lopes (2006), Fuertes (2016) e Serrano e Correia (2000) indiquem que estes dois modelos têm um a dupla ligação com a IP pois ambos preconizam que “A influência dos membros da família é recíproca, logo a intervenção deve adoptar uma orientação

sistémica” (Carvalho e Lopes, 2006, p. 5) e que “o sistema familiar está dentro de uma ecologia mais ampla, tanto a avaliação como a intervenção devem considerar diferentes níveis de efeitos recíprocos, envolvendo a família imediata, a comunidade e a sociedade onde a família está situada.” (Carvalho e Lopes, 2006, p. 5).

1.1.3. Teoria Sistémica da Família

A abordagem sistémica, ao considerar a família como um sistema, como um todo, como uma rede complexa de emoções e relações permite uma melhor compreensão da família. É nesse sentido que em seguida nos referimos à Teoria Familiar Sistémica de Minuchin (1982). Este considera que a família “é um sistema aberto em transformação; isto é, constantemente recebe e envia inputs para e do extrafamiliar, e se adapta às diferentes exigências dos estádios de desenvolvimento que enfrenta” (Minuchin, 1982, p. 56). É nessas interações que se desenvolvem entre os diferentes elementos da família que o dia a dia familiar se vai organizando. Ao resultado destas adaptações recíprocas entre os elementos da família, o autor designou de padrões transacionais. Estes permitem a regulação das trocas afetivas, comportamentais e cognitivas de cada um dos membros da família conferindo-lhes papéis específicos (Minuchin, 1982).

Nesse sentido o autor refere que o sistema familiar se organiza em quatro subsistemas: o individual, composto pelo próprio; o conjugal, composto pelo marido e pela esposa; o parental, constituído pelos pais e pelos filhos; e o fraternal, constituído pelos irmãos. Desta forma, no seio da família, os indivíduos vão construindo subsistemas, que podem ser constituídos por geração, género, interesse e/ou função, existindo diferentes níveis de poder, e onde os comportamentos de um membro influenciam e afetam os outros membros. Daí que este se refira à família como “uma unidade social que enfrenta uma série de tarefas de desenvolvimento” (Minuchin, 1982, p. 25) diferindo a nível dos parâmetros culturais, mas possuindo as mesmas raízes.

Este também refere que existem três componentes: o primeiro que está relacionado com a estrutura desta pois esta “é um sistema sócio-cultural aberto em transformação” (Minuchin, 1982, p. 56); em segundo que está relacionado com o facto da família passar por diversos estádios os quais requerem reestruturação; e o terceiro componente está relacionado com o facto da família se adaptar “a circunstâncias modificadas, de maneira a manter a continuidade e a intensificar o crescimento psicossocial de cada membro” (p. 57).

Serrano (2007) e Serrano e Correia (2000) referem que este modelo teórico considera que a família ela própria se estabelece num sistema mais amplo de interações sociais estendido à comunidade e à sociedade em que vive, reconhecendo assim aquilo que se designa de perspetiva sistémica social. A família é considerada “como um “todo” social, com características e necessidades únicas, que, por sua vez,

se insere num conjunto mais vasto de influências e redes sociais formais e informais” (Serrano e Correia, 2000, p. 19).

Alarcão (2006) refere que existem muitas definições de família e que por isso importa vê-la como um todo, i.e., importa “ter uma visão global da sua estrutura (dimensão espacial) e do seu desenvolvimento (dimensão temporal)” (p. 39). Nesse sentido, a autora define-a como um conjunto de pessoas emocionalmente ligados, que interagem entre si de forma sistémica e que têm características próprias que lhe permitem ter a sua individualidade perante o grupo.

Minuchin (1982) mostra como a família tem desenvolvido, ao longo da história, duas funções essenciais: a proteção e desenvolvimento dos seus membros e a integração e adaptação a uma determinada cultura e sua transmissão. É nessa lógica que Alarcão (2006) afirma que a família além de ser um sistema é também parte de outros sistemas já que faz parte “de contextos mais vastos com os quais co-evolui, tais como a comunidade ou a sociedade” (p. 48).

Minuchin (1982) acrescenta que ao longo do seu ciclo vital os vários elementos da família, vão desenvolvendo interações, i.e., vão-se influenciando mutuamente e estabelecendo relações com o meio exterior. Daí este referir que “A família é uma unidade social que enfrenta uma série de tarefas de desenvolvimento” (Minuchin, 1982, p. 25)

De acordo com Ferreira e Vasconcelos (2015) todas as famílias sejam elas de que tipo forem - reconstruídas, celibatárias, monoparentais, adotivas, em coabitação, homossexuais, ou outra qualquer – veem a sua vida desenrolar-se ao longo de diferentes fases, i.e., ao longo do seu ciclo vital.

De acordo com Relvas (1999) este ciclo vital da família está relacionado com o “caminho percorrido pela família nuclear desde que nasce até que morre e ao longo do qual vai sofrendo alterações na sua estrutura e composição” (p. 160). A autora refere que este ciclo estatisticamente normal compreende cinco etapas: a primeira etapa, que corresponde à formação do casal; a segunda etapa que diz respeito à família com filhos pequenos; a terceira etapa que está relacionada com a família com filhos na escola; a quarta etapa correspondente à família com filhos adolescentes ou “ninho vazio”; e a quinta e última etapa que está relacionada com a família com filhos adultos, que corresponde à “morte da família nuclear” (p. 160).

1.2. Modelo de Segunda Geração

Assim surgiu, na década de 80, o modelo de IP de segunda geração cuja prática não se centrava exclusivamente na criança com problemas, mas sim na promoção da interação e intervenção com as famílias e a comunidade (Bairrão, 2003). Segundo Simeonsson & Bailey (1990) citados por Carvalho e Lopes (2006), Fuertes (2016) e Serrano e Correia (2000), nesta altura dá-se início à quarta fase de envolvimento parental em que as famílias e as crianças passam a ser o alvo das intervenções.

Breia et al. (2004) e Mendes e Seixas (2016) referem que, nesta altura, predominam os programas de IP com tendência de individualização. De acordo com Mendes e Seixas (2016) esta “nova tendência de diferenciação e individualização dos programas de IP” (p. 34) surgiu “por crítica à generalização do modelo de treino de pais” (p. 34) que havia surgido na década anterior. Pimentel (1999) seguindo Powell (1988), acrescenta que esta viragem na Intervenção Precoce se dá em três vertentes: em primeiro ao nível da “Individualização dos programas face às necessidades específicas e únicas de cada família” (p. 144) uma vez que nesta altura surgem debates acerca da estruturação dos currículos, dos programas domiciliários e também dos programas sobre o respeito dos valores culturais e específicos de cada família; em segundo lugar ao nível do “Equilíbrio entre o papel dos pais e o papel dos técnicos, em que estes aparecem como facilitadores e colaboradores nas decisões que os pais tomam sobre os serviços que melhor se adequam às suas necessidades” (p. 144) aumentando desta forma os sentimentos de competência e eficácia dos pais; por último ao nível do “Reforço dos laços que ligam a família ao seu contexto social e capacitação desta no sentido de utilizar adequadamente as redes formais e informais de apoio social, com vista a diminuir as situações de stress” (p. 144) já que as relações interpessoais passam a ser tidas em conta.

Nesse sentido foi publicada, em 1986, a PL-99-457 a qual contém as linhas orientadoras para o atendimento a crianças com NEE ou em risco de desenvolvimento com idades entre os 0 e os 5 anos. Este diploma considera duas distintas modalidades de atendimento nomeadamente: a parte H e a parte B (Correia e Serrano, 1997; Serrano e Correia, 2000).

Gallagher e Tramill (2000) e Serrano e Correia (2000) referem que a parte H sugere que os serviços locais e estatais disponibilizem serviços de intervenção para crianças dos 0 aos 3 anos de idade. Referencia a família como foco da intervenção e contempla o Plano de Atendimento Familiar Individualizado (PAFI), um documento no qual são descritos os serviços a prestar além da sua coordenação.

Por sua vez, Serrano e Correia (2000) afirmam que a parte B, obriga ao atendimento das crianças com NEE dos 3 aos 5 anos de idade e que apesar de manter o atendimento centrado na criança, este continua estritamente focado na vertente educacional concretizando-se no Plano Educativo Individual (PEI).

Este novo diploma normativo veio realçar a abordagem centrada na família, o qual foi fundamental na passagem dos modelos de primeira geração para os modelos de segunda geração. Para tal o contributo da teoria de Dunst e dos seus colaboradores foi determinante pois destacou o papel “que o apoio social e o protagonismo da família da criança e das redes sociais de apoio existentes na comunidade têm na promoção do desenvolvimento da criança e no fortalecimento das competências e autoconfiança dos pais” (Carvalho et al, 2016, p.37). Os mesmos autores referem que Dunst, em 1985, definiu a Intervenção Precoce como uma forma de apoio que os membros das redes sociais de apoio formal e informal prestam às famílias das

crianças em idades precoces e cuja atuação terá impacto direto e indireto no funcionamento dos pais, da família e da criança. De acordo com Dunst (2000), este novo conceito de IP vai colocar as famílias como atores principais no que toca às tomadas de decisões relativas à criança. Mendes e Seixas (2016) acrescentam que a atribuição de mais poder aos pais, fez surgir os conceitos de “enabling” (capacitar) e “empowering” (corresponsabilizar), os quais são cruciais para o trabalho junto das famílias (Serrano, 2007).

De acordo com Dunst, Trivette e Deal (1988, citados por Serrano, 2007) o conceito de capacitar “significa criar oportunidades de forma para que TODOS da família possam demonstrar e adquirir competências que consolidem o funcionamento familiar” (p. 41). Por outro lado, o conceito de corresponsabilizar diz respeito à “capacidade que a família deve demonstrar na satisfação das suas necessidades e aspirações, por forma a promover um sentido claro de controlo e domínio intrafamiliar sobre aspectos importantes do funcionamento familiar” (Dunst, Trivette e Deal, 1988, citados por Serrano, 2007, p.41).

1.3. Modelo de Terceira Geração

Na década de 90 do passado século surge a terceira geração de programas de IP essencialmente por dois motivos. Em primeiro lugar para rejeitar de uma vez por todas quaisquer dúvidas acerca dos alvos da intervenção familiar. Em segundo lugar para acrescentar os avanços nas diversas investigações acerca das influências ambientais e intervenções (Serrano, 2007, 2012).

De acordo com Bairrão (2003) esta terceira geração de programas de IP caracterizam-se por uma melhor conceptualização, organização e prestação de serviços e não pela acumulação de ações ou atividades dentro dos programas.

1.3.1. Abordagem Centrada na Família

Ao longo deste capítulo pode verificar-se que vários têm sido os investigadores que têm enfatizado os estudos de Bronfenbrenner e de Sameroff para a intervenção centrada na família nomeadamente Almeida (2000a, 2000b, 2010), Alves (2009), Antunes (1998), Coutinho (1996), Correia e Serrano (1997), Garbarino & Ganzel (2000), McWilliam (2003), Mendes (2010), Pimentel (1996, 2005), Serrano e Correia (2000) e Tagethof (2007).

Esta abordagem veio modificar a forma de entendimento do papel da família na IP. Desde então o enfoque da IP passou a ser o sistema familiar mais concretamente pretende-se que a Intervenção Precoce para a Infância “fortaleça as competências e recursos da família, ajudando-a a ultrapassar as dificuldades encontradas no processo de educação da sua criança com necessidades especiais” (Bambring, 1996 e Dunst, 2000 citados por Gronita, Matos, Pimentel, Bernardo e Marques, 2011, p. 17). Nesse sentido, segundo Dunst e Bruder (2002, citados por Gronita et al., 2011) o objetivo da

IPI passa por ajudar as famílias a reconhecer as suas necessidades, a aproveitar as suas capacidades, bem como a aprender as competências que lhes permitam mobilizar os recursos e suportes formais e informais, intra e extra familiares, que lhes permitam ser autónomas na satisfação dessas mesmas necessidades. Trata-se, portanto, de um modelo que encara a família como um todo, mas que também considera os seus elementos individualmente.

Com este modelo de terceira geração, denominado de Modelo de Terceira Geração Baseado na Evidência, Dunst (2000) perpetua a sua proposta inicial de enfatizar o apoio social e a mobilização das redes sociais de apoio formal como modalidade de IP. No entanto, acrescenta a este modelo, outros aspetos importantes nomeadamente as características da criança e da interação pais-criança (Almeida, 2011). Trata-se, por isso, de um modelo mais amplo pois abrange os princípios mais relevantes da perspetiva transacional, bioecológica e sistémica (Sousa e Piscalho, 2016) e que “visa a promoção do desenvolvimento, aprendizagem e competência interactiva da criança, o bem-estar dos pais e a promoção da qualidade de vida da família” (Gronita et al., 2011, p. 18).

Para além das práticas de ajuda centradas na família este modelo também integra outras componentes nomeadamente as oportunidades de aprendizagem da criança, o apoio às competências dos pais, os recursos da família/comunidade (Figura 2). Estes quatro componentes pretendem assegurar que as experiências e oportunidades que são proporcionadas às crianças, aos pais e às famílias, influenciem a melhoria das suas capacidades e que os profissionais os orientem de uma forma consciente de acordo com o proposto (Dunst, 2005).

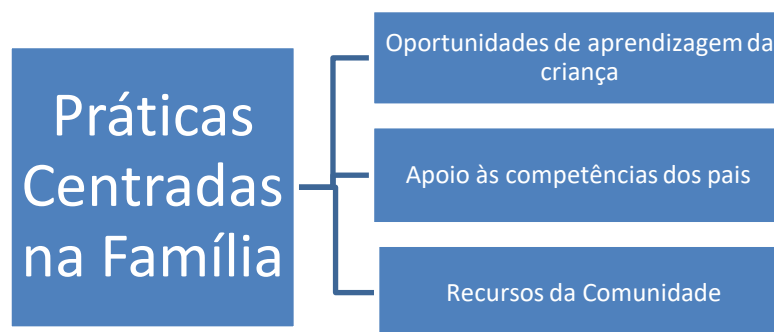


Figura 2 – Modelo Integrado de IPI

Fonte: Adaptado de Carvalho et al. (2016 p.76)

Carvalho et al. (2016) referem que, segundo Dunst (2000), as oportunidades de aprendizagem da criança “acontecem em todas as atividades interessantes e significativas em que a criança se encontra envolvida” (p. 75) e que ao surgirem no âmbito da vida familiar (rotinas, eventos familiares, atividades lúdicas), da vida comunitária (saídas de família, espetáculos culturais, festas religiosas e/ou na

comunidade) bem como nos espaços formais de aprendizagem como as creches e jardins de infância, estas potenciam o desenvolvimento de competências da criança.

Além disso Dunst (2000) defende que os apoios aos pais passam por reforçar as capacidades parentais, possibilitar a aquisição de novos conhecimentos e competências bem como encorajar o fortalecimento da confiança e do sentimento de autoeficácia dos pais. Assim estas atividades de apoio aos pais “incluem a disponibilização de informações, aconselhamento e orientação, o apoio emocional e o apoio instrumental por parte dos profissionais, assim como o apoio entre pais” (Carvalho et al., 2016, p. 76).

Por último os autores acrescentam que o terceiro e último foco de intervenção, de acordo com o modelo de Dunst (2000), se prende com os recursos da comunidade, i.e., é necessário “garantir que os pais dispõem dos apoios e recursos necessários (...) de que necessitam para se envolverem nas tarefas parentais e de prestação de cuidados à criança” (Carvalho et al. 2016, p. 76).

Além dos quatro componentes descritos anteriormente, este modelo inclui três elementos resultantes da sua ligação (cenários de atividade diária, estilos de interação parental e oportunidades de participação dos pais) que permitem operacionalizar as práticas que proporcionam a evolução do desenvolvimento da criança (Almeida 2010, 2011; Gronita et al., 2011).

Os cenários de vida diária são os locais, em que decorrem as atividades diárias da família e da comunidade com as suas características, sociais e físicas. Ao incluir a interação da criança com os indivíduos e o meio físico constituem-se fontes de oportunidades naturais de aprendizagem da criança no contexto da vida familiar e comunitária (Almeida, 2011; Gronita et al., 2011).

Os estilos de interação dos pais, estão relacionados com a forma como estes respondem, interagem, apoiam e encorajam a criança (Almeida, 2011; Gronita et al., 2011).

As oportunidades de participação dos pais, reportam-se às interações entre os pais e os elementos das suas redes de apoio social, as quais influenciam as suas atitudes, crenças e comportamentos, com efeitos na interação pais-criança e, consequentemente, no desenvolvimento desta (Almeida, 2011; Gronita et al, 2011).

A figura que se segue (Figura 3) mostra os principais componentes de um modelo de Intervenção Precoce e apoio familiar integrado e baseado na evidência.

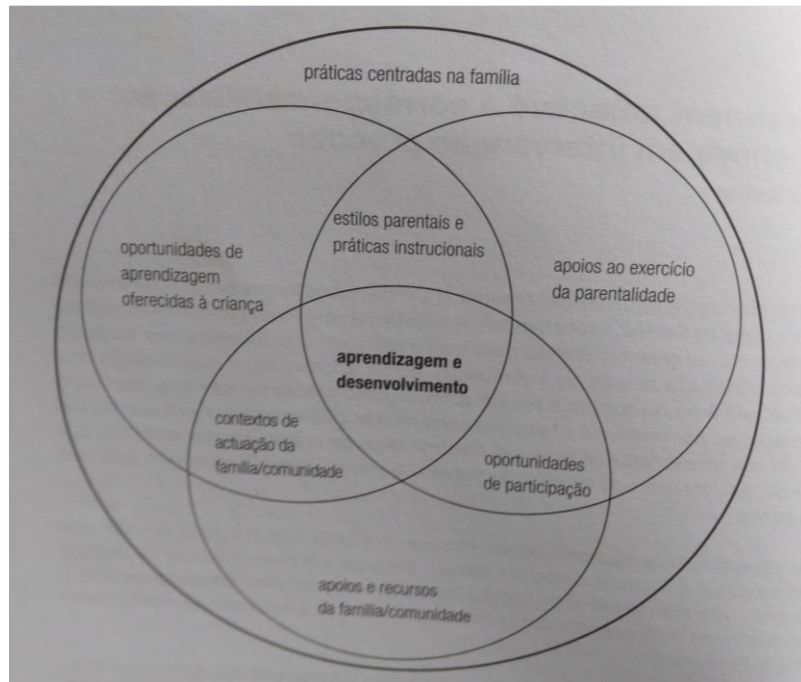


Figura 3 — Principais componentes de um modelo de intervenção precoce e apoio familiar integrado e baseado na evidência

Fonte: Santos, P. C. (2009). Empowerment colectivo e corresponsabilização: palavras-chave em intervenção precoce. In G. Portugal, *Ideias, Projectos e inovação no mundo das infâncias - O percurso e a presença de Joaquim Bairrão* (2009, p. 118)

Desta forma a abordagem centrada na família, ao reconhecer-se como um conjunto de práticas que se centram na família, apoia as famílias enquanto cuidadoras partindo dos seus pontos fortes, únicos e diferenciados enquanto indivíduos e famílias. Não podemos esquecer que “os pais são os primeiros e os mais marcantes educadores na vida dos filhos” (McWilliam, 2003, p. 11) e que por isso é extremamente importante o respeito dos seus valores, crenças, histórias, saberes, interesses e necessidades (Sameroff e Fiese, 2000).

Por isso Guralnick (2005, citado por Furtos, 2016) refere que a participação da família acarreta três benefícios. Em primeiro lugar apesar dos profissionais serem especialistas no desenvolvimento infantil, os pais são quem melhor conhece a criança e por isso este modelo promove a troca de informação entre estes. Em segundo lugar o trabalho promovido com a criança pelos técnicos pode ser continuado pelos pais, no dia a dia, em casa, num clima familiar e descontraído, sem o carácter rotineiro ou intensivo do trabalho do profissional de IP. Por último, ao envolver-se a qualidade da prestação parental melhora pois os pais ao serem apoiados na resolução dos seus problemas consequentemente estão a ajudar a criança.

Nesse sentido McWilliam (2003) define seis princípios centrados na família nomeadamente considerar a família como a unidade de prestação de serviços; identificar os pontos fortes da criança e da família; dar resposta às prioridades definidas pelas famílias; particularizar a prestação de serviços; dar resposta às

prioridades, em constante mudança, das famílias; e apoiar os valores e o modo de vida de cada família.

Contudo ao longo do tempo variados termos têm sido utilizados para especificar as diferentes abordagens de apoio à família. Dunst e seus colaboradores (1991, citados por Carvalho et al., 2016) identificaram quatro tipos de abordagens de apoio à família que se distinguem pelo grau de protagonismo atribuído à família nomeadamente as práticas centradas no profissional, as práticas aliadas à família, as práticas focadas na família e as práticas centradas na família. Na tabela 1 podem observar-se as diferenças entre cada uma dessas abordagens de apoio à família.

Tabela 1 – Abordagens de apoio à família

Tipo de abordagem	Conceções acerca da família	Conceções sobre o profissional e a intervenção
Centrada na família	<ul style="list-style-type: none"> • Capaz de tomar decisões • Capaz de concretizar as suas escolhas 	<ul style="list-style-type: none"> • Profissional: instrumento da família • Papel do profissional: dar à família informação necessária para reforçar as competências desta • Intervenções: Promoção de competências e mobilização de recursos e apoios individualizados e flexíveis para família
Focada na família	<ul style="list-style-type: none"> • Capaz de fazer escolhas, mas com opções limitadas às opções (recursos, apoios e serviços) que o profissional considera que melhor se adequam à esta família • Família: Consumidora de serviços 	<ul style="list-style-type: none"> • Profissional: apoia e orienta a família como se devem orientar as intervenções
Aliada à família	<ul style="list-style-type: none"> • Minimamente capaz de mudar a sua vida • “Agente” do profissional 	<ul style="list-style-type: none"> • Profissional: estabelece as intervenções, mas a família implementa-as e desenvolve-as
Centrada no profissional	<ul style="list-style-type: none"> • Incapaz e deficitária • Participação passiva no processo • A sua opinião nunca ou raramente é tida em conta 	<ul style="list-style-type: none"> • Profissional: Expert que toma as decisões e põe em prática as intervenções • Intervenção baseada no modelo médico

Fonte: Adaptado de Carvalho et al. (2016) e Garcia-Sánchez, Mora, Sánchez-Lopez, Sánchez, Hernández-Perez (2014)

Ao longo deste capítulo tem sido visível a evolução do papel das famílias que passaram a ter um papel de corresponsabilidade na educação dos filhos sendo

necessário que as famílias sejam preparadas para este novo papel. Dunst (2000) salienta dois modelos evolutivos da IP centrada na família nomeadamente o Modelo de Corresponsabilização e Promoção das Capacidades da Família e o Modelo de Apoio e Reforço das Potencialidades da Família que abordaremos em seguida.

1.3.2. Modelo de Corresponsabilização e Promoção das Capacidades da Família

Este modelo é o resultado da revisão e reformulação Modelo de Avaliação e de Intervenção Centrado na Família defendido por Dunst, Trivette e Deal (1988). Trata-se de um modelo que enfatiza quatro componentes fundamentais das práticas centradas na família nomeadamente as necessidades e aspirações da família, as formas de estar na família, os apoios e recursos e o comportamento de ajuda (Dunst, 2000).

O autor acrescenta que a intervenção deverá por isso ser operacionalizada de acordo com três pontos designadamente a identificação das prioridades da família (necessidades, desejos, preocupações, aspirações); a identificação das fontes de apoio informais e formais bem como dos recursos existentes para dar resposta a intenções e objetivos explícitos; e mobilização destes apoios e recursos. Nesse sentido, o modelo da Corresponsabilização de Dunst, Trivette & Deal (1988, citados por Dunst, 2000) serve de base para a Intervenção Precoce. De acordo com Dunst (2000) o comportamento dos profissionais nos apoios é determinante no que se refere à forma como as famílias são corresponsabilizadas “com vista à aquisição e uso de competências no campo da procura de apoios e da mobilização de recursos para dar resposta às suas necessidades” (p. 81).

Na figura 4 apresentamos os quatro componentes fundamentais das centradas na família por Dunst (2000).

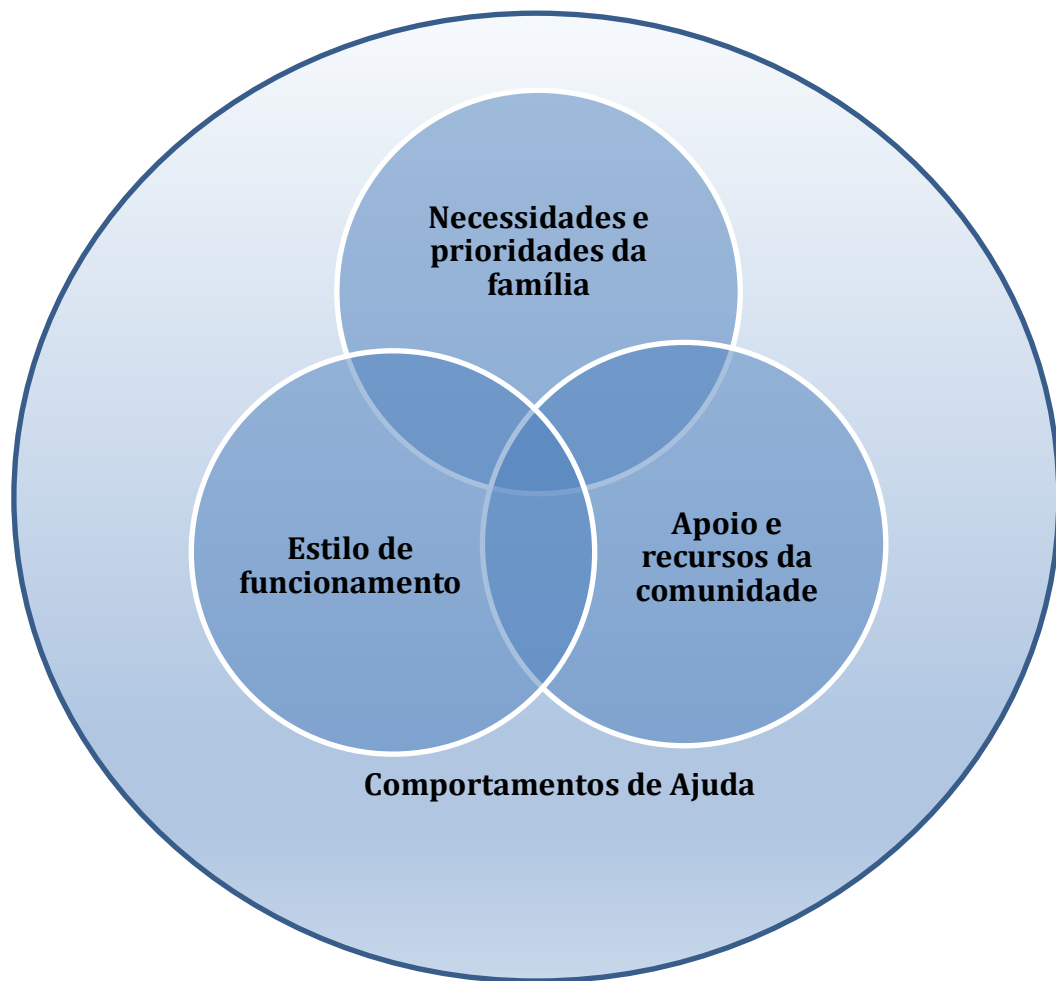


Figura 4: Quatro componentes fundamentais das práticas de Intervenção Precoce

Fonte: Dunst, C. J. (2000). In L. M. Correia e A. M. Serrano, *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce - Das Práticas Centradas na Criança às Práticas Centradas na Família* (2000, p. 82)

1.3.3. Modelo de Apoio e Reforço das Potencialidades da Família

Este segundo modelo é uma evolução do modelo anteriormente descrito o qual abrange os diversos elementos chave dos Programas de Intervenção Precoce Centrada na Família designadamente as necessidades da família, categorias de necessidades, práticas a nível de programa, fontes de apoio e resultados (Dunst, 2000).

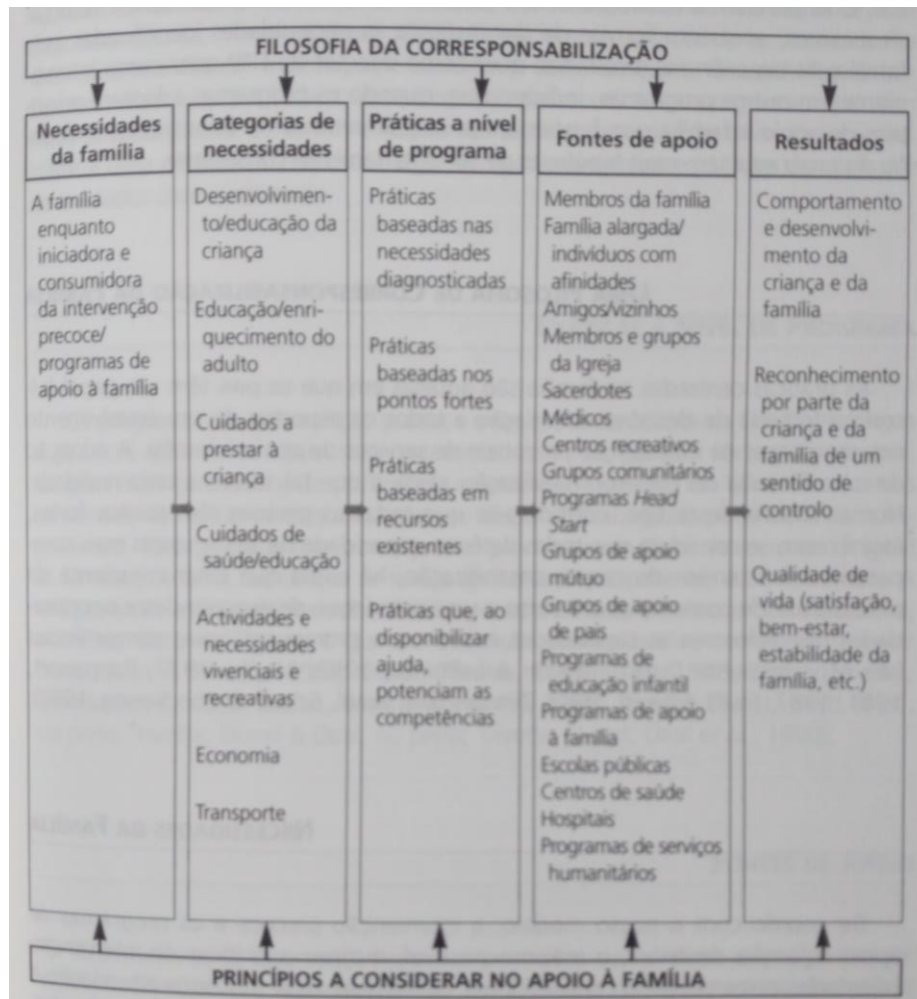


Figura 5: Componentes-Chave de um Programa de Intervenção Precoce Centrado na Família

Fonte: Dunst, C. J. (2000). In L. M. Correia e A. M. Serrano, *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce - Das Práticas Centradas na Criança às Práticas Centradas na Família* (2000, p. 83)

No que respeita às necessidades das famílias este modelo defende que a IP e os programas de apoio à família deveriam optar por práticas de intervenção que vão de encontro ao que as famílias consideram como recursos necessários para uma vida normal em família e em comunidade (Dunst, 2000).

Relativamente às categorias das necessidades, Dunst (2000) considera que as necessidades das famílias sofrem mudanças e que por isso os melhores programas de IP são aqueles que não limitam a sua atividade somente a uma área e que reconhecem as necessidades mais abrangentes, individualizadas e em constante mudança das famílias.

Quanto às práticas a nível de programas além de basearem nas necessidades e nos pontos fortes da família, os programas de IP devem, de acordo com Dunst (2000), ter em conta os recursos existentes por forma a apoiar e potenciar as competências das famílias.

Em relação às fontes de apoio, Dunst (2000) refere que o envolvimento de uma larga rede de apoios comunitários resulta em múltiplos tipos de oportunidades e experiências as quais vão influenciar o desenvolvimento e potenciar as competências das famílias.

Por último, Dunst (2000) defende que, se cada um dos componentes anteriormente descritos for operacionalizado nas atividades promovidas pela equipas de IP então os resultados serão bastante positivos quer para as crianças quer para as famílias. Os resultados passam não só pela potencialização de competências comportamentais e pela promoção do desenvolvimento da criança, dos seus pais e da sua família, mas também se traduzem no aumento das capacidades individuais no que respeita à corresponsabilização e eficácia pessoal bem como em benefícios ao nível do bem-estar e da satisfação.

1.3.4. Modelo de Touchpoints

Também Brazelton e Cramer (1989) contribuíram para a melhoria das práticas de intervenção com as famílias ao desenvolverem um modelo de desenvolvimento da interação entre pais e filho. Neste modelo os autores defendem que existe uma “influência mútua, ou seja, um membro age e modela o outro, mas o outro também age e também o modela” (p. 113). Para tal basearam-se nos estudos psicanalíticos, nas observações etiológicas, na aprendizagem e interação e na investigação quantitativa nos estudos da interação infantil. Acrescentam ainda que existem quatro fases de interação precoce designadamente o controlo homeostático, o prolongamento da atenção e da interação, os limites experimentais e o aparecimento da autonomia, as quais têm como características a sincronia, a simetria, a contingência, a adesão, os jogos, a autonomia e flexibilidade.

Na fase do controlo homeostático as crianças vão ter de aprender a “atingir o controlo dos seus sistemas de captação e produção de energia” (Brazelton e Cramer, 1989, p. 129), i.e., “elas têm de ser capazes de fechar-se ao exterior e de receber estímulos, além de ter de controlarem os seus estados de consciência e sistemas fisiológicos” (p. 129). De acordo com os autores a criança normal atinge este estado de atenção por volta dos primeiros oito a dez dias de vida e, nesta fase, a tarefa dos pais consiste não só em aprender a controlar o bebé e a diminuir a sua captação de energia, mas também aprender a adequar as suas reações comportamentais às limitações individuais e específicas do bebé.

A fase de prolongamento da atenção decorre no período entre a primeira e oitavas semanas atingindo o seu máximo no final do segundo mês, altura em que a criança já sorri para o adulto e emite sons. Os autores consideram que nesta fase, depois de já ter atingido um determinado grau de controlo, a criança manifesta uma ativa vontade em prolongar a interação com o adulto usando para isso as suas capacidades em constante progresso nomeadamente sorrisos, vocalizações, comportamentos faciais, estímulos motores (Brazelton e Cranner, 1989).

Brazelton e Cramer (1989) indicam que na fase dos limites experimentais, entre o terceiro e quarto meses, os pais “começam por pressionar os limites da capacidade da criança para captar e reagir às informações, e a sua aptidão para se retirar e recompor, no seio do sistema homeostático” (p. 132), i.e., através de jogos sequenciais de sorrisos, vocalizações e toques a criança vai acrescentar outras capacidades ao seu reportório. Os autores referem que se esta interação não for gratificante ou se alguns destes jogos não tiverem lugar a relação pais-filho pode estar seriamente em risco.

A fase do aparecimento da autonomia é a última fase de interação precoce entre pais-filho e decorre entre os quatro meses e os quatro meses e meio de idade. Brazelton e Cramer (1989) indicam que esta etapa vital é atingida quando os pais possibilitam que seja o bebé a liderar a emissão de sinais, i.e., quando os pais reconhecem e o encorajam “a procurar, sozinho, e a reagir aos estímulos sociais, do meio e aos jogos – imitando-os, procurando-os e brincando com os objetos” (p. 133). Ao aceitarem e fomentarem esta atividade os pais estão a permitir o brotar da autonomia da criança. Os autores acrescentam ainda que embora os pais possam, nesta fase, sentir algum sentimento de rejeição estes acabam por aperceber-se que o bebé necessita cada vez mais deles para lhe proporcionarem novas experiências e para demonstrarem a sua competência.

Os estudos de Brazelton, conjuntamente com o pedopsiquiatra Greenspan também contribuíram para o estudo do desenvolvimento da criança e conseqüentemente para a melhoria das práticas de intervenção com as famílias. Estes consideram que a primeira infância é, ao mesmo tempo, a fase mais crítica, mas também a mais frágil no desenvolvimento da criança já que, tal como outros autores, estes defendem que é nos primeiros anos de vida que se definem as bases do desenvolvimento intelectual, emocional e moral. Os autores defendem que “Se não for nessa fase, é certo que uma criança em desenvolvimento pode ainda vir a adquiri-las, mas a um preço muito mais elevado e com hipóteses de sucesso que vão diminuindo à medida que decorre cada ano” (Brazelton e Greenspan, 2002, p. 12). Nesse sentido consideram que existem “necessidades reais”, i.e., experiências e tipos de apoio a que todas as crianças têm direito e identificaram sete necessidades reais das primeira e segunda infâncias bem como das suas famílias. Na opinião dos autores “Estes sete aspetos básicos propiciam os alicerces para a construção das nossas capacidades emocionais, sociais e intelectuais ao seu mais alto nível” (p. 26) e têm repercussões ao nível familiar, educacional, dos cuidados prestados às crianças e também dos sistemas de serviços (saúde, assistência social, judicial). Desta forma estes definiram como necessidades reais nomeadamente: a necessidades de relações afetivas e contínuas; a necessidade de proteção física, de segurança e de disciplina; a necessidade de experiências adaptadas às diferenças individuais; a necessidade de experiências adequadas ao desenvolvimento; a necessidade de estabelecer limites, de organização e de expectativas; a necessidade de comunidades de apoio estáveis e de continuidade cultural; e, por último, a necessidade de proteger o futuro.

Ao longo do seu percurso Brazelton desenvolveu um “modelo explicativo do desenvolvimento humano no qual são considerados os momentos-chave de desenvolvimento da criança” (Rodrigues, Guimarães, Fuertes, Cravo e Grazina, 2016, p.91), o modelo Touchpoints ou Pontos de Referência. Este está relacionado com “períodos que ocorrem durante os três primeiros anos de vida em que os esforços de desenvolvimento da criança resultam numa ruptura pronunciada da vida familiar” (Brazelton e Greenspan, 2002, p. 230). Estes consideram que se trata de “espécie de mapa do desenvolvimento infantil que pode ser identificado e antecipado pelos pais e educadores” (Brazelton e Greenspan, 2002, p. 230) tendo identificado treze pontos de referência nos primeiros três anos de vida os quais decorrem no período pré-natal (sétimo mês de gravidez), no nascimento, às três semanas, entre as seis e oito semanas, aos quatro meses, aos sete meses, aos nove meses, aos doze meses, aos quinze meses, aos dezoito meses, aos dois anos e aos três anos (Brazelton, 2005, 2010; Brazelton e Greenspan, 2002).

Gomes-Pedro (2005) defende que é a partir do nascimento de uma criança que os pais descobrem a sua capacidade de adaptação ou de contingência e é nesse momento também que “começa a construção do sentido de família, um processo onde todos os membros têm um papel individual e único nos processos de descoberta e de enriquecimento” (p.30) em que cada um dos membros individuais influencia os outros e por conseguinte também é influenciado.

Trata-se, segundo Brazelton, de um modelo conceptual concebido inicialmente para um ambiente de cuidados de saúde primários, mas que neste momento é utilizado por profissionais de várias áreas. Com vista à prevenção, a abordagem deste modelo é multidisciplinar e pretende ser uma base de apoio para os indivíduos e os seus sistemas no que diz respeito à melhoria dos cuidados prestados às famílias. Tem por isso um duplo enfoque no desenvolvimento de relações já que tem implicações quer para os profissionais multidisciplinares quer para as famílias (Brazelton e Greenspan, 2002). Pode perceber-se desta forma o quão importantes foram os estudos de Brazelton e dos seus colaboradores para a Intervenção Precoce.

2. Perspetiva histórica da Intervenção Precoce

2.1 Intervenção Precoce na Europa

Como pode verificar-se ao longo do ponto 1, muitos foram os trabalhos de origem norte americana dedicados exclusivamente à Intervenção Precoce. Estes influenciaram em muito a implementação da Intervenção Precoce no nosso país.

De acordo com Pimentel (2005) quando comparado o número de trabalhos especificamente dedicados à Intervenção Precoce percebe-se que existe um menor número de trabalhos de origem europeia comparativamente com os de origem americana. Muitas têm sido as divulgações não só relacionadas com os modelos e fundamentos teóricos destas disciplinas como também relacionadas com trabalhos empíricos alusivos à implementação desses modelos, à avaliação do impacto dos programas, à percepção dos pais e profissionais sobre os serviços e da satisfação parental. Não admira por isso que vários autores refiram a enorme influência dos modelos e práticas dos Estados Unidos.

Mas antes da breve abordagem à perspetiva histórica da Intervenção Precoce na Europa parece de todo pertinente mencionar que, Simeonsson (2009) defende que o enquadramento filosófico da Intervenção Precoce está constituído na Convenção dos Direitos das Crianças Esta prevê, no ponto 1 do artigo 23º, que criança mental e fisicamente deficiente tem “o direito a uma vida plena e decente em condições que garantam a sua dignidade, favoreçam a sua autonomia e facilitem a sua participação activa na vida da comunidade” (UNICEF, 1989, p. 16) e que por isso têm direito de beneficiar de cuidados especiais, os quais estão previstos no ponto 2 do artigo 23º. O Estado deve por isso garantir que “tenha efectivo acesso à educação, à formação, aos cuidados de saúde, à reabilitação, à preparação para o emprego e a actividades recreativas,” (pp. 16-17) e que além disso “beneficie desses serviços de forma a assegurar uma integração social tão completa quanto possível e o desenvolvimento pessoal, incluindo nos domínios cultural e espiritual” (p. 16-17).

Além deste documento salientamos também um outro de igual importância que, embora não tenha criado direitos, veio reafirmá-los. Trata-se da Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Organização das Nações Unidas [ONU], 2007) a qual prevê no ponto 1 do artigo 7º que “Os Estados Partes tomam todas as medidas necessárias para garantir às crianças com deficiências o pleno gozo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais em condições de igualdade com as outras crianças” e no ponto 2 prevê que “Em todas as acções relativas a crianças com deficiência, os superiores interesses da criança têm primazia”. No ponto 3 está previsto ainda que aos Estados Partes cabe a tarefa de assegurar que às crianças com deficiência é assegurado “o direito de exprimirem os seus pontos de vista livremente sobre todas as questões que as afectem”.

Em 1988, foi formado, numa conferência em Roterdão, um grupo de trabalho, a European Association on Early Childhood Intervention (EAECI) constituído por especialistas ligados a universidades, peritos de várias disciplinas e representantes de associações de pais de vários países da Comunidade Europeia, envolvidos em Intervenção Precoce para crianças em risco ou com alterações de desenvolvimento (EURLY AID, 2015; Pimentel, 2005). Os vários países membros ao partilharem informações, “tem como principal objectivo a criação de legislação e de linhas orientadoras comuns que assegurem o melhor atendimento possível a todas crianças deficientes dos seus estados membros” (Pimentel, 2005, p. 196) por forma a desenvolver e qualificar o trabalho da Intervenção Precoce (EURLY AID, 2015).

Em 1991, data do seu primeiro “Manifesto”, a EURLY AID considera “que a intervenção precoce se destina a crianças em risco ou apresentando desvios no seu desenvolvimento, desde o momento do diagnóstico pré-natal até ao momento em que a criança atinge a idade de escolaridade obrigatória” (Pimentel, 2005, p. 196). Acrescenta ainda que se trata de um processo de apoio que abrange quatro fases: a identificação, a deteção, o diagnóstico, a educação e o apoio.

Pimentel (2005) também indica que, em 1996, a EURLY AID concebeu um questionário acerca da organização dos serviços de Intervenção Precoce que foi respondido por instituições de diversos países e do qual se conclui que existem imensas desigualdades na organização dos serviços dos vários países, quer relativamente às estruturas de atendimento, sua dependência em termos organizativos, financeiros e constituição das suas equipas, quer relativamente ao tipo e idades das crianças atendidas. Ainda nesse mesmo ano este grupo de trabalho elaborou um outro questionário desta vez relacionado com formação em Intervenção Precoce. Deste pode concluir-se que à exceção da Alemanha, Áustria e Finlândia, que oferecem, desde logo na formação inicial, formação específica com carácter interdisciplinar, todos os outros países que responderam não referem nada a este nível. Desta forma a formação dos técnicos é feita por iniciativa própria, em seminários e conferências organizadas por diferentes entidades públicas e/ou privadas.

Desde então tem vindo a ser realizados vários estudos no âmbito da Educação Especial e da Intervenção Precoce. A European Agency for Development in Special Needs Education [EADSNE] (2005) baseando-se nos resultados dos debates e nas conclusões elaboradas após análise de documentação dos vários países europeus que participaram no estudo, além de identificar diferentes modelos de Intervenção Precoce na Europa também faz recomendações para os decisores políticos, para os profissionais de IP bem como para os profissionais que estão a receber formação para esta atividade. As recomendações estão organizadas tendo em conta cinco características comuns a todos os países que participaram neste estudo designadamente disponibilidade, proximidade, viabilidade financeira, interdisciplinaridade e diversidade de serviços e coordenação (EADSNE, 2005).

No que diz respeito à primeira característica, a disponibilidade, os programas dos países envolvidos no estudo, têm como objetivo comum a intervenção o mais precoce possível quer com as crianças quer com as famílias. Nesse sentido em *Intervenção Precoce na Infância. Análise nas Situações da Europa. Aspectos-Chave e Recomendações*, a EADSNE (2005) recomenda a existência de legislação que garanta a IPI como um direito, em que a colaboração entre os profissionais e as famílias bem como a implementação deste tipo de respostas seja promovida. Também recomenda a disponibilização de “informação exaustiva, clara e precisa sobre os serviços e respostas da IPI” (p. 46) bem como a definição clara dos grupos alvo recomendando que esta definição seja feita da competência dos políticos os quais devem ter em conta a opinião dos profissionais da área.

Para a proximidade, a segunda característica comum, a agência recomenda a descentralização dos serviços e recursos indicando que estes devem estar o mais próximo das famílias por forma a que ocorra em diferentes locais e sem sobreposição e procedimentos que possam ser enganosos. Além disso também aponta para a necessidade de ir ao encontro das necessidades quer das famílias quer das crianças sugerindo que se implementem práticas centradas na família e que se recorra a um plano individualizado e elaborado conjuntamente pela família e pelos profissionais (EADSNE, 2005).

Relativamente à viabilidade financeira o mesmo estudo apresenta, de acordo com Gronita (2014), duas recomendações designadamente a garantia da gratuidade dos serviços bem como a garantia dos padrões de qualidade legislados quer para os serviços gratuitos quer para os que são financiados pelas famílias.

A quarta característica comum neste estudo diz respeito à interdisciplinaridade sendo recomendada em primeiro lugar a cooperação entre os profissionais e as famílias cabendo aos profissionais a tarefa de dar início à cooperação mantendo atitudes abertas e de respeito, promover reuniões com as famílias por forma a partilhar informações e em conjunto definirem conjuntamente um plano de intervenção no qual são estabelecidos objetivos, estratégias, responsabilidades, procedimentos e avaliações; em segundo lugar, a construção de um trabalho em equipa, de forma interdisciplinar, i.e., o profissional contribui com o seu conhecimento específico; e, por último, a estabilidade dos membros da equipa por forma a que o trabalho seja realmente de qualidade (EADSNE, 2005).

Por último, a diversidade, está relacionada com a partilha quer da responsabilidade quer do envolvimento por parte dos setores da saúde, educação e serviços sociais. Nesse sentido recomenda uma adequada coordenação não só entre os diferentes setores bem como de recursos comunitários (EADSNE, 2005).

Cinco anos mais tarde a mesma agência dá conta dos progressos desde 2005 salientando o aumento quer do número de países quer do número de especialistas participantes incluindo responsáveis políticos (EADSNE, 2010).

Neste estudo pode verificar-se que nos países europeus, a IPI destina-se prioritariamente a crianças entre os 0 e os 3 anos de idade havendo, no entanto, alguns países que acompanham crianças até aos 6 anos. A organização da IPI é da responsabilidade de cada país, mas de uma forma geral estão dependentes de vários ministérios: saúde, educação e segurança social. O mesmo estudo baseado nos relatórios de 25 países europeus mostra que, desde o último estudo datado de 2005, foram e estão a ser implementadas várias medidas políticas e de reforma (EADSNE, 2010).

Baseando-se no relatório de 2005, este parecer tem em consideração três prioridades nomeadamente a necessidade de abranger o grupo-alvo da IPI, i.e., todos os países participantes, devem intervir o mais precocemente possível junto de todas as crianças e famílias que necessitem do apoio da IPI; a necessidade de garantir iguais padrões de qualidade, i.e., devem ser definidos claramente os padrões de qualidade quer para os serviços quer para os recursos da IPI; e a necessidade de respeitar os direitos e as necessidades das crianças e das suas famílias, i.e., existe alguma urgência em conceber serviços centrados na família, que trabalhem em prol das crianças e das famílias e que abarquem os pais em todos os níveis desde o planeamento ao desenvolvimento dos serviços de IPI (EADSNE, 2010).

Mais concretamente este relatório recomenda que as três prioridades anteriormente descritas sejam complementadas por quatro propostas concretas designadamente: a necessidade de implementar mas também acompanhar as medidas legisladas por cada país; o papel-chave dos profissionais envolvidos nos diferentes níveis os quais têm um papel muito importante na maneira como a informação é prestada às famílias e também os programas de formação existentes para habilitar os profissionais a trabalhar em equipa multidisciplinar, a partilhar critérios e objetivos comuns e a trabalhar realmente com as famílias; a necessidade de haver, entre os vários serviços, um coordenador da IPI; e melhoria da coordenação entre e dentro dos sectores (EADSNE, 2010).

Vinte e cinco anos após a publicação do Manifesto, a EURLYAID apresenta um relatório o qual demonstra uma visão global das condições para o estabelecimento de Intervenção na Primeira Infância em 15 países europeus (Bélgica, Bulgária, Croácia, Chipre, Dinamarca, França, Grã-Bretanha, Alemanha, Grécia, Holanda, Noruega, Portugal, Roménia, Espanha e Suécia) baseando-se nas respostas a um questionário, o qual foi elaborado tendo em conta as recomendações apresentadas no Manifesto, em 1993 (EURLYAID, 2015).

Este relatório começa por insistir na importância da troca de informações básicas, i. e., a importância de descrever as necessidades, por forma a melhorar os sistemas de IP em todos os países. Afirma ainda que ao longo deste tempo houve consideráveis mudanças nomeadamente no que diz respeito ao direito e acesso à Early Childhood Intervention (ECI), termo usado em inglês para Intervenção Precoce, através da legislação e das autoridades administrativas, às mudanças significativas quer em

relação à cooperação entre diferentes profissionais e diferentes disciplinas quer em relação aos paradigmas das práticas centradas na família (EURLYAID, 2015).

O mesmo documento reitera que, para uma melhoria dos sistemas de IP, cada um dos países deve basear-se na CIF-CY (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens) da OMS, na Convenção sobre os Direitos da Criança de 1989 e na Convenção sobre o Direitos das Pessoas com Deficiência de 2006, documentos chave que reforçam a conceção atual da IP (EURLYAID, 2015).

Mais especificamente o documento apresenta nas suas conclusões três aspetos fundamentais. O primeiro está relacionado com os desafios políticos para a garantia dos direitos humanos no qual se refere que, apesar da existência de legislação relativa à IP nos vários países, a realidade mostra que na prática estes países estão longe de pôr em prática as necessidades descritas nas convenções anteriormente mencionadas. O segundo aspeto está relacionado com a incapacidade de fazer uma abordagem sistémica e transdisciplinar, i. e., os profissionais não podem encarar a deficiência como um diagnóstico médico, mas sim devem basear-se na CIF-CY, a qual pela sua linguagem comum, pode ser aplicada nas várias disciplinas promovendo a cooperação interdisciplinar e a pesquisa. Em terceiro lugar enfatiza a necessidade das práticas de IP serem centradas nas apenas na criança, mas sim na família, princípio este que também é reiterado na Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência (EURLYAID, 2015).

Pode então perceber-se que ao longo dos anos foram imensas as mudanças nesta área da Intervenção Precoce. Fariñas (2011) e Vilorio (2011) destacam alguns planos e iniciativas que impulsionaram a evolução desta designadamente o Manifesto do Grupo EURLYAID, o Guia Europeu da Boa Prática para a Igualdade de Oportunidades das Pessoas com Deficiência (Helios II), o Plano de Ação Europeu 2008-2009, o Programa Daphne, o Projeto Measuring Health and Disability in Europe (MHADIE), a Iniciativa Europeia (2007-2010) para a Inclusão Digital, o Plano de Ação do Conselho da Europa (2006-2015) e o Grupo EURLYAID.

2.2. Intervenção Precoce em Portugal

Para podermos caracterizar e compreender a realidade da Intervenção Precoce no nosso país é essencial estabelecer ligações quer com a Educação Especial quer com a Educação de Infância. Ao abranger crianças com comportamento atípico e/ou em risco a Intervenção Precoce cruza-se com a Educação Especial. Por outro lado, a própria natureza da IP situando-se nos primeiros anos de vida é influenciada pela história da Educação Pré-Escolar.

2.2.1. Evolução Histórica da Educação Especial

De acordo com o estudo acerca do Sistema de Educação Especial, publicado pelo Secretariado Nacional de Reabilitação [SNR], em Portugal existem três fases de atendimento a crianças e jovens com deficiência (SNR, 1984).

Baseando-se nos estudos de Caldwell (1973) os autores Meisels & Shonkoff, (2000) referem que a primeira fase corresponde ao “período dos esquecidos e escondidos”, a qual prolonga a tradição asilar e segregadora do século XIX. Neste período, que se situa no início do século XX, mais concretamente a partir da segunda metade do século XIX até à data da fundação do Instituto António Aurélio da Costa Ferreira (Veiga, 1999), as famílias, sentindo-se discriminadas, mantinham as crianças com deficiência longe da vista do público pois eram vistas como um ser estranho (Conselho Nacional de Educação [CNE], 1999). Surgem, desta forma, as “instituições especiais, asilos, em que são colocadas muitas crianças rotuladas e segregadas em função da sua deficiência” (Correia e Cabral, 1997a, p. 13) o que revela que as medidas de apoio eram essencialmente de carácter assistencial e/ou médico (Bairrão, Felgueiras, Fontes, Pereira e Vilhena, 1998; CNE, 1999; Serrano, 2007; Veiga, 1999). De acordo com o estudo do SNR referido anteriormente (SNR, 1984) e com Veiga (1999) a primeira fase do atendimento a crianças com deficiência em Portugal começou em 1823 sendo que as primeiras crianças a serem atendidas eram portadoras de deficiências sensoriais as quais estavam em asilos na sua maioria de iniciativa privada. Contudo, Bairrão, Barbosa, Borges, Cruz e Macedo-Pinto (1989, citados por Tagethof, 2007) referem que a primeira forma de atendimento às crianças com menos de seis anos, teve início em 1834, com a institucionalização de crianças economicamente desfavorecidas.

O estudo acerca do Sistema de Educação Especial, publicado pelo Secretariado Nacional de Reabilitação (SNR, 1984) refere que a segunda fase, a fase do despiste e da segregação, surge nos anos 50 e 60, mais especificamente em 1946 (Veiga, 1999), e que esta se caracteriza por ser um período em que a preocupação se centrava na classificação e diagnóstico e não na educação (CNE, 1999). Daí que os autores a caracterizam como uma fase de forte intervenção de natureza pública, liderada pelo Ministério dos Assuntos Sociais, em que o Ministério da Educação não assume qualquer papel de destaque. Este período distingue-se, de acordo com os autores, pela fundação de “centros de educação especial e centros de observação e também pela realização dos primeiros programas de educação especializada de professores, fora do âmbito do Ministério da Educação” (CNE, 1999, p. 16) sendo uma fase com um cariz médico-terapêutico (Veiga, 1999). Surge desta forma “um sistema educativo paralelo ao sistema educativo regular e com uma marca estigmatizante, decorrendo em espaços segregados e com uma designação significativa: as classes especiais” (CNE, 1999, p. 4). Como exemplo Costa (1981), Correia e Cabral (1997b), Pimentel (2005) e Veiga (1999) referem a importância da fundação, em 1915, do Instituto Médico-Pedagógico ou Instituto Médico Pedagógico António Aurélio da Costa Ferreira

(assim denominado a partir da década de 40 em homenagem ao seu fundador), o qual foi pioneiro na avaliação e educação das crianças com diversas deficiências, nomeadamente deficiência mental, bem como na investigação e formação de professores de ensino especial. Também Costa e Rodrigues (1999, citados por Pimentel, 2005) referem que até à segunda metade do século XX, foram criadas, por iniciativa de médicos, pais e professores, as escolas especiais para um conjunto de deficiências nomeadamente Síndrome de Down, Paralisia Cerebral e Deficiência Visual. Santos (2007) acrescenta que estes centros foram criados pela Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral, constituída, em 1960, por um grupo de pais de crianças portadoras de Paralisia Cerebral e problemáticas semelhantes, sendo apoiados por alguns técnicos e tendo-se constituído numa resposta de atendimento precoce à sua população-alvo, embora a taxa de cobertura fosse muito restrita, já que estava condicionada pela localização dos três únicos centros do país em Lisboa, Porto e Coimbra.

Veiga (1999) destaca que, na sequência destes movimentos de natureza associativa, surgem nomeadamente: em 1960, a Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral; em, 1964, os Serviços de Educação de Deficientes destinados a deficientes mentais criado pelo Instituto de Assistência a Menores; em 1965, o primeiro Centro da Associação Portuguesa e Amigos das crianças Mongoloides mais recentemente designada de Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPCDM); em 1968, os Serviços de Educação de Deficientes destinado a deficientes visuais e auditivos criado pelo Instituto de Assistência a Menores; e ainda em 1968, surge, por iniciativa da APPCDM, a primeira creche de inclusão e das primeiras na Europa denominada “A Lebre e a Tartaruga”.

A terceira fase de atendimento, a fase de “identificação e ajuda”, inicia-se nos primórdios dos anos 70 (Bairrão et al, 1998) a qual se caracteriza pelo aumento das responsabilidades do Ministério da Educação (SNR, 1984). Destacamos a criação em 1972, das Divisões do Ensino Especial do Básico e do Secundário (DEEB/DEES) (Correia e Cabral, 1997b; Serrano, 2007; SNR, 1984; Veiga, 1999); a criação no ano seguinte do Departamento de Educação Especial o qual se propunha a dar início a um programa de atendimento a crianças com deficiência a nível nacional numa perspectiva de integração (Pimentel, 2005). Também em 1975/76 o Ministério da Educação cria as Equipas de Educação Especial (EEE’S) cujos objetivos gerais eram propiciar a integração social, familiar e escolar das crianças com deficiências motoras e sensoriais, permitindo assim que essas crianças permanecessem nas escolas regulares (Bairrão et al., 1998; Correia e Cabral, 1997b; Pimentel, 2005; Serrano, 2007). São também criadas as Unidades de Orientação Educativa (UOE) e os Serviços de Apoio às Dificuldades de Aprendizagem (SADA), no âmbito do Ministério da Educação, “numa perspectiva de orientação educativa junto dos professores e não do apoio direto aos alunos com dificuldades de aprendizagem” (Pimentel, 2005, p. 218). Simultaneamente, surgem, de acordo com Veiga (1999), na mesma década,

cooperativas e associações de pais que fundam escolas de ensino especial para crianças com deficiências profundas.

Em Portugal a Educação Especial foi fortemente influenciada pela publicação de vários documentos normativos estrangeiros nomeadamente a Public Law (PL 94-142) publicada, nos Estados Unidos da América, em 1975 a qual promovia direitos iguais para todos os cidadãos no que se refere à educação (Alves, 2009; Bairrão et al, 1998; CNE, 1999; Correia e Cabral, 1997b; Mesquita, 2002; Pimentel, 2005; Serrano, 2007). Os autores não só valorizam a influência da legislação americana como também reiteram a enorme influência de um outro documento normativo, o Warnock Report, publicado em 1978, no Reino Unido, o qual introduz o conceito de Necessidades Educativas Especiais. Neste sentido o apoio a estas crianças está previsto em vários documentos normativos nomeadamente a Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei nº 46/86), o Decreto-Lei 35/90 de 25 de janeiro (Cruz et al., 2003) e o Decreto-Lei 319/91 de 23 de agosto, o qual veio preencher a lacuna legislativa sentida no nosso país no âmbito da educação especial (Correia e Cabral, 1997b; Cruz et al., 2003; Serrano, 2007). Posteriormente foi publicado um outro documento normativo, o Decreto-Lei nº 3/2008 que vigorou até agosto de 2018, data da publicação do Decreto Lei nº 54/2018, recentemente em vigor e que veio dar início a uma nova fase: a fase de inclusão.

2.2.2. Evolução Histórica da Educação Pré-Escolar em Portugal

Mas se para compreender a realidade da Intervenção Precoce tivemos de fazer uma breve retrospectiva da evolução histórica da Educação Especial também agora temos de o fazer relativamente à Educação Pré-Escolar. Vários autores como Gronita (2014) e Tagethof (2007) têm ao longo dos tempos mostrado a relação intrínseca entre a Educação Pré-Escolar e a Intervenção Precoce. Também Infante (2008) ao afirmar que a Educação Pré-Escolar “pretende contribuir para a formação integral das crianças, actuando em estreita colaboração com a família” (p. 26), mostra o quão semelhantes estas podem ser. Mas é na leitura aprofundada das Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar (OCEPE) que conseguimos perceber as semelhanças entre estas. Nesse sentido Silva, Marques, Mata, Rosa (2016), autoras das OCEPE, destacam uma primeira semelhança que se prende com a população alvo pois, quer a IP que a EPE, revelam preocupação pelo desenvolvimento das crianças em períodos precoces da infância, i.e., a Intervenção Precoce abrange as crianças com necessidades em idade pré-escolar (crianças dos 3 anos até à idade de ingresso no ensino básico).

Uma outra semelhança evidenciada nas OCEPE pelas autoras está relacionada com o envolvimento das famílias no processo educativo pois, quer a IP que a EPE, recomendam que se estabeleçam relações com as famílias e o meio envolvente em vários níveis. São várias as alusões/recomendações que Silva et al. (2016) fazem acerca da importância da família e do seu envolvimento na educação veja-se por

exemplo “importa que o/a educador/a estabeleça relações próximas com esse outro meio educativo [meio familiar], reconhecendo a sua importância para o desenvolvimento das crianças e o sucesso da sua aprendizagem”(p. 14). Estas também recomendam que ao longo do desenvolvimento do processo educativo se promova a participação dos vários intervenientes (crianças, outros profissionais, pais/famílias) e que sejam incluídas “formas de comunicação e estratégias que promovam esse envolvimento e facilitem a articulação entre os diversos contextos de vida da criança” (p. 6) já que a construção do currículo “deverá ser adaptado ao contexto social, às características das crianças e das famílias e à evolução das aprendizagens de cada criança” (p. 14). Acrescentam ainda que todo o conhecimento acerca da criança que vai sendo organizado “envolve um processo de análise e construção conjunta com a participação de todos os intervenientes (crianças, outros profissionais e pais/famílias)” (p. 14).

A IP e a EPE têm uma terceira característica comum que está relacionada com a inclusão da criança com NEE. Nas OCEPE, Silva et al. (2016) recomendam que seja criado um ambiente inclusivo de forma a que “todos (crianças, pais e profissionais) se sintam acolhidos e respeitados; haja um trabalho colaborativo entre profissionais; os pais sejam considerados como parceiros; exista uma ligação próxima com a comunidade e uma rentabilização dos seus recursos” (p. 11).

Para melhor compreendermos esta relação próxima apresenta-se uma breve evolução histórica da Educação Pré-Escolar em Portugal.

A Educação Pré-Escolar no nosso país foi-se desenvolvendo, rápida ou lentamente, ao longo do século XX, de acordo com as políticas económicas, sociais e culturais dos diferentes governos (Vasconcelos, 2000). Nesse sentido Cardona (1997) refere ser possível diferenciar quatro períodos desde o início do século XIX até aos nossos dias designadamente: a Monarquia (1884-1909), a Primeira República (1910 – 1932), o Estado Novo (1933 – 1973) e o período pós 25 de Abril de 1974.

Este primeiro período, que abarca as últimas décadas da Monarquia, marca o início da educação de infância como parte integrante do sistema público de educação (Cardona, 1997). Em 1882, surgem os primeiros jardins de infância, por iniciativa de intelectuais portugueses, os quais eram influenciados pelas ideias progressistas europeias. Associada à afirmação de uma classe média que se tornava progressivamente mais educada, a Educação de Infância surge em Portugal (Bairrão, Barbosa, Borges, Cruz e Macedo-Pinto, 1990; Cardona, 1997; Vasconcelos, 2000). Contudo, Cardona (1997) refere que a legislação relacionada com a Educação Pré-Escolar surge apenas em 1896 com a publicação do Diário do Governo n.º 141, 27 de junho de 1896.

Depois da criação do primeiro jardim de infância Froebel, em Lisboa, no ano de 1882, surgem nesse mesmo ano as primeiras escolas João de Deus, as quais ainda hoje existem. Juntamente com estas iniciativas, e acompanhadas pelo lento progresso da industrialização, foram também surgindo, nas grandes cidades, algumas

instituições de caráter social de tipo asilar as quais se destinavam a crianças de classes sociais desfavorecidas (Cardona, 1997; Bairrão e Vasconcelos, 1997; Vasconcelos, 2000).

No segundo período que Cardona (1997) refere como sendo a etapa entre o modelo escolar e a procura da sua especificidade, foi instituído o ensino infantil oficial para as crianças, de ambos os sexos, entre os 4 e os 7 anos (Vasconcelos, 2000).

Contudo, a expansão da educação infantil foi fraca devido à precaridade dos governos e com a instauração do Estado Novo, inicia-se o terceiro período (Cardona, 1997; Vasconcelos, 2000). Nesta fase embora a educação de infância oficial tenha sido extinta e a educação das crianças tenha passado a ser da responsabilidade das mulheres, surgiram alguns estabelecimentos de ensino particular reservados às crianças das classes privilegiadas (Vasconcelos, 2000). Desta forma a proteção e a educação da criança passam a estar relegados para a família, mais concretamente para a mãe (Cardona, 1997).

A EPE só voltou a ser considerada como elemento do sistema educativo, em 1971, com a Reforma Veiga Simão tendo sido, em 1973, reconhecida como parte integrante do sistema educativo público com a publicação da Lei n.º 5/73, de 25 de julho (Bairrão et al., 1990; Cardona, 1997; Cruz et al., 2003; Serrano, 2007; Tagethof, 2007). A partir de então a Inspeção Geral do Ensino Particular passa ser responsável pela supervisão dos estabelecimentos pré-escolares e, conjuntamente, desenvolvem-se as escolas para formação de educadores (Bairrão et al., 1990; Mendes, Neves e Guedes, 2000).

Com a Revolução do 25 de abril de 1974, passa a haver uma maior preocupação com as crianças desta faixa etária. A quarta e última etapa da história da educação de infância, o pós 25 de Abril de 1974, fica marcada pela mudança das políticas sócio educativas globais de apoio à maternidade e à infância (Cardona, 1997; Serrano & Boavida, 2011). Assim, em 1977, a Lei n.º 5/77, de 1 de fevereiro, cria o sistema público de Educação Pré-Escolar (Cardona, 1997; Infante, 2008; Vasconcelos, 2000) e em 1978, surgem os primeiros jardins-de-infância oficiais do Ministério da Educação, os quais passaram a estar subordinados a dois ministérios: o Ministério da Educação e o Ministério do Trabalho e da Segurança Social (Bairrão et al., 1990; Vasconcelos, 2000; Tagethof, 2007). Cardona (2006) acrescenta que a rede do Ministério da Educação, abrangia as crianças dos 3 aos 6 anos assumindo como primordial a função educativa enquanto que a rede do Ministério da Segurança Social, que abrangia crianças dos 0 aos 6 anos, se destacava pela sua função social. Contudo, a integração da Educação Pré-Escolar no sistema educativo só se afirmou em 1986, com a Reforma Educativa, embora na prática o seu desenvolvimento tenha ficado principalmente a cargo da iniciativa privada (Mendes et al., 2000).

Nesse sentido pode afirmar-se que a publicação, entre 1974 e 1997, de alguns diplomas legais em muito contribuíram para a evolução da EPE. Cardona (1997) e Henriques e Marchão (2017) destacam alguns diplomas legais nomeadamente o

Estatuto dos Jardins de Infância da rede pública (1979), a publicação da Lei de Bases do Sistema Educativo (LBSE) (1986) e da Lei-Quadro da Educação Pré-Escolar (LQEPE), em 1997.

2.2.3. Evolução histórica da Intervenção Precoce

Após esta breve retrospectiva da evolução histórica da Educação Especial e da Educação Pré-Escolar, voltemos ao assunto deste capítulo e vejamos como o contexto político do nosso país influenciou negativamente a evolução da Intervenção Precoce. Gronita (2014) refere que o início da IPI em Portugal foi tardio devido ao contexto político e social (regime político autoritário, autocrata e corporativista) que se vivia nos anos 50 e 60, um contexto repressivo, sem qualquer espaço para formação de professores, inovação e experimentação de novas pedagogias que emanavam dos Estados Unidos da América. O autor acrescenta que apesar de existirem algumas iniciativas públicas e privadas para dar resposta às crianças com deficiência ou incapacidade, estas decorriam sob o controle inerente daquele que era um regime totalitário. Num Estado que pretendia um ensino reservado a formar homens submissos, com um grau de cultura rudimentar (Fernandes, 1979) e em que a escola não era mais do que um veículo de propaganda do regime, não havia lugar para a educação especial daí a exclusão destas crianças do sistema educativo.

A IP surge desta forma intimamente ligada com a evolução da sociedade e com o percurso histórico-social da Educação Especial (Almeida, 2000b; Alves, 2009; Serrano, 2007; Felgueiras e Ruivo, 1989), e também com a evolução da Educação Pré-escolar (Almeida, 2000b; Gronita, 2014; Mendes e Seixas, 2016; Ruivo e Almeida, 2002; Tagethof, 2007). Carvalho et al. (2016), Costa (1981) e Tagethof (2007) vão mais longe e especificam que a IP aparece relacionada quer com a evolução das modalidades de atendimento às crianças dos 0 aos 6 anos e às crianças com NEE anteriormente descritas quer com o desenvolvimento da legislação nos setores da saúde, educação e segurança social. Os autores defendem que a industrialização e aumento do trabalho feminino levou a que, nos finais dos anos 60 do século passado, o Ministério da Saúde e da Assistência criasse as creches e jardins de infância e posteriormente os serviços de amas e creches familiares. Vários autores como Alves (2009), Bairrão (2006), Gronita (2012), Ruivo e Almeida (2002) e Santos (2007) referem a criação, na segunda metade da década de 60, por este mesmo ministério, do Serviço de Orientação Domiciliária (SOD) cujo objetivo era apoiar as crianças e os pais de crianças cegas com idades compreendidas entre 0 e 6 anos. De acordo com estes os primórdios da IP estão relacionados com este programa já que este foi o primeiro, em Portugal, dirigido à população de crianças portadoras de deficiência nesta faixa etária. Este programa era posto em prática “por enfermeiras de saúde pública com formação específica, sob a forma de visitas domiciliárias quinzenais nos casos mais complexos, e trimestrais nos casos mais ligeiros” (Santos, 2007, p. 70). Apesar de se enquadrar num contexto assistencialista e num modelo médico (Gronita, 2012; Ruivo e Almeida, 2002), esta experiência foi uma experiência inovadora no

nosso país (Gronita, 2012) que terminou no tempo do Ministro Rebelo de Sousa e que foi transformada num serviço muito diferente (Bairrão, 2016).

De acordo com Alves (2009), Ruivo e Almeida (2002) e Santos (2007) o Serviço de Orientação Domiciliária, de âmbito nacional, foi extinto a partir de 1972, e a partir de então as equipas de Orientação Domiciliária (OD), constituídas por Educadores de Infância especializados e algumas terapeutas, assumiram parcialmente (apenas nas áreas metropolitanas de Lisboa e Porto) o compromisso de prestar apoio aos pais de crianças com deficiência (Costa, 1981; Santos, 2007). Estas estavam na dependência do Ministério da Segurança Social, tendo sido integradas, em 1987, na Direção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica (DSOIP), do mesmo ministério, passando a estar enquadradas em equipas interdisciplinares. Nestas equipas valorizava-se a intervenção direta junto da criança por parte do técnico, o qual tinha o poder de tomada de decisão e era, concludentemente, o especialista e protagonista do programa. As famílias eram consideradas agentes pois era-lhes pedido que participassem no programa definido pelo técnico, através de uma espécie de contrato que ambas as partes assinavam (Ruivo e Almeida, 2002).

Felgueiras (1997a) também refere a criação, em 1967, por despacho ministerial, do Centro de Observação Médico-Pedagógico (COMP), um serviço pioneiro no trabalho de equipa pluridisciplinar, com profissionais das áreas da psicologia, serviço social, saúde, pedagogia e outros, nas áreas da intervenção social e da educação especial e consulta e orientação psicológica. Acrescenta ainda que este serviço passou a ser designado, em 1972, de Centro de Observação e Orientação Médico-Pedagógico (COOMP) e que as suas competências passavam pelo acolhimento, avaliação e orientação psico-educacional das crianças e jovens com necessidades educativas especiais.

Em 1973, foram criadas as Equipas de Educação Especial pelo Ministério da Educação, as quais eram constituídas por professores de todos os níveis de educação e ensino que, embora não fossem maioritariamente especializados, tinham uma razoável formação específica para o desempenho das funções que lhes estavam atribuídas. Desta forma o atendimento à população com deficiência ou risco de atraso de desenvolvimento passa a ter um carácter mais educativo (Ruivo e Almeida, 2002; Santos, 2007). Existia uma forte preocupação em garantir a articulação, por forma a conciliar o apoio, com os outros técnicos/serviços a intervir junto das crianças e com as famílias e que as crianças com menos de três anos, identificadas eram atendidas pelos educadores de infância das Equipas de Educação Especial quer frequentassem a creche quer estivessem no domicílio. Além disso as famílias tinham um papel de coadjuvantes na intervenção, sendo que o poder de decisão continuava centrado no técnico (Santos, 2007).

Gronita (2014) considera que com a Revolução de 1974 foram dados alguns passos que visavam a integração das crianças com deficiência ou incapacidades. Por sua vez Serrano, Mas, Cañadas & Giné (2016) vão ainda mais longe e identificam este

facto histórico como ponto crucial para a evolução da IPI no nosso país. Os autores consideram que as mudanças ocorridas nesta fase tiveram um enorme impacto na forma como os serviços passaram a ser prestados às famílias e às crianças. Gronita (2014) considera que educação passou a ser vista como o “principal veículo que permitia alcançar o socialismo” (p. 149) e nesse sentido, em pleno contexto pós-revolucionário, difundiram-se por todo o país as Cooperativas de Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas (CERCI’S). Embora as respostas ali estabelecidas fossem particularmente pensadas para as crianças em idade escolar (Franco e Apolónio, 2008) estas “rapidamente perceberam a importância de antecipar a sua resposta social para os níveis etários mais baixos” (Gronita, 2014, p. 151). Surgem então, na década de 70, “as primeiras experiências de cariz educacional que constituíram os primórdios das actuais práticas inclusivas para esta faixa etária” (Gronita, 2012, p. 84).

Tagethof (2007) alega que, em Portugal, a Intervenção Precoce tem dois períodos distintos: um primeiro período que tem início em meados de anos 80 e que termina em finais de anos 90, com a publicação do Despacho Conjunto nº 891/99, de 19 de Outubro, que veio regulamentar a sua prática; e um segundo período que se inicia nesta altura e que se estendeu até à data de publicação do trabalho da autora.

De acordo com Ruivo e Almeida (2002) começa a constatar-se a enorme necessidade de implementar novas formas de atendimento das crianças com NEE nos primeiros anos de vida. Surgem os termos estimulação precoce e identificação ou deteção precoce, os quais depressa se percebeu que não eram exclusivos do setor da saúde, mas que também abrangiam os setores da educação e da segurança social.

De acordo com Pimentel (2005, 2009) as experiências de IP que surgiram nas décadas de 60 e 70 enquadravam-se num período em que havia uma quase total ausência de enquadramento teórico, uma grande multiplicidade de práticas, maioritariamente monodisciplinares, as quais se caracterizavam por serem no âmbito médico e/ou reabilitativo com orientações genéricas à família.

Carvalho et al. (2016) referem que, até meados da década de 80, existiam apenas experiências de estimulação precoce em centros de paralisia cerebral e que eram promovidas pelas Equipas de Orientação Domiciliária do Centro Regional de Segurança Social de Lisboa, e que só a partir desta data surgiram “os primeiros programas com uma estrutura organizativa e um quadro conceptual consistente” (p. 59). Estes tipos de respostas são semelhantes aos programas “Home-Start” que, na década de 70, surgiram nos Estados Unidos da América (Alves, 2009; Gronita, 2014).

Nesse sentido realça-se a criação da Cercizimbra, em 1976 (Gronita, 2012) e a criação, em 1983, pela APPCDM de Setúbal, do primeiro Serviço de Estimulação Precoce do país, designado de Serviço de Apoio Técnico Precoce (Gronita, 2014). Três anos mais tarde, a APPCDM de Matosinhos repete a experiência ao criar o Centro de Estimulação Precoce. Estas primeiras respostas de Intervenção Precoce no nosso

país, não tinham um carácter compensatório como os primeiros programas de Intervenção Precoce dos Estados Unidos da América (Felgueiras, 1997).

Desta forma pode perceber-se que enquanto Portugal dá os primeiros passos nas práticas centradas na criança ou com escasso envolvimento parental, os Estados Unidos da América iniciavam já os programas de segunda geração que como vimos anteriormente assentavam na promoção da interação e intervenção com as famílias e a comunidade (Gronita 2012, 2014).

Carvalho et al. (2016) mencionam a importância da colaboração estabelecida com especialistas internacionais para a evolução dos Programas de IP em Portugal. Mais especificamente Bairrão (2006) menciona a internacionalização dos contactos com as Megas da Intervenção Precoce, permuta de cientistas, estágios no estrangeiro e parcerias com Universidades. Ambos destacam a elevada qualidade de duas experiências que surgiram nomeadamente o Programa Portage para Pais (Lisboa) e o Projecto Integrado de Intervenção Precoce de Coimbra (PIIP).

Em 1984, a Direção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica (DSOIP, posteriormente designado de Centro de Estudo e Apoio à Criança e à Família – CEACF) inicia um projeto de pesquisa-ação, dirigido por Joaquim Bairrão, (Pimentel, 2009) com vista ao apoio especializado às crianças em situação de risco ou deficiência e suas famílias, projeto este cofinanciado pela Fundação Calouste Gulbenkian (Almeida, Felgueiras e Pimentel, 1997; Felgueiras e Bairrão, 1991; Pimentel, 2005, 2009). Este foi pioneiro pois procurava um modelo de IP que, pudesse ter não só um modelo conceptual sólido, mas também que pudesse ser estendido a nível nacional e garantir uma prestação de serviços de qualidade a estas crianças e às suas famílias (Pimentel, 2009), i.e., pretendia-se promover um programa em que fossem tidos em conta aspetos como a realidade portuguesa, a escassez de técnicos especializados fora dos grandes centros urbanos e a reduzida eficácia das intervenções nos outros países que não envolviam os pais nem tinham objetivos e metodologias bem definidas (Almeida et al., 1997; Felgueiras e Bairrão, 1991). Desta forma, a DSOIP pesquisou, implementou e divulgou um modelo de IP, o Modelo Portage, um modelo teoricamente bem enquadrado, que implicava diretamente os pais e assentava num modelo organizativo que proporcionava um apoio consistente quer para os técnicos quer para os pais (Felgueiras, 1997a; Ruivo e Almeida, 2002).

Relativamente ao Programa Portage a sua implementação em Portugal baseou-se, como já referido, no modelo Portage, um programa inovador, semanal e de ensino domiciliário, que surgiu nos EUA, em 1969, destinado a pais de crianças com NEE (Almeida 2000a; Bairrão, 2003). Este modelo, criado por David e Marsha Shearer (Almeida, 2000a; Bairrão, 2003), considera os pais como educadores fundamentais e parceiros de trabalho dos técnicos e preocupa-se com a melhoria das condições emocionais dos pais (Almeida et al., 1997, 2000a; Bairrão, 2003; Correia, 1996; Felgueiras e Bairrão, 1991). Ao centrar-se num trabalho estruturado, com técnicas de ensino específico (definição de objetivos e estratégias de ensino), cujo sucesso era

rigorosa e semanalmente avaliado este modelo arrojado veio romper com as práticas tradicionais centradas na criança e nos seus défices que não abrangiam a vertente familiar e social (Almeida, 2000a; Felgueiras e Bairrão, 1991; Pimentel, 2009). Este modelo apresenta um “esquema organizativo em espiral, desde a formação inicial dos visitantes domiciliários, manutenção e supervisão do seu trabalho, organização e gestão dos recursos a implementar” (Felgueiras e Bairrão, 1991, p. 39).

O Programa Portage para Pais tratava-se de um projeto interdisciplinar que integrava um técnico do Centro de Paralisia Cerebral e algumas educadoras do SOD, serviço que até então estava responsável pelo apoio a estas crianças e suas famílias (Pimentel, 2009). De acordo com Bairrão (1999, citado por Pimentel, 2009) o Programa Portage para Pais tinha três grandes objetivos designadamente testar um modelo de apoio domiciliário às crianças sinalizadas pelo DSOIP; desenvolver e divulgar um modelo de IP adequado à realidade portuguesa e que pudesse dar resposta às necessidades de formação dos profissionais não só ao nível da formação mas também ao nível da supervisão; e avaliar a repercussão dos serviços prestados ao nível não só das crianças e suas famílias, mas também ao nível dos profissionais e da coordenação dos serviços ao nível local.

O Programa Portage para Pais não se centrava somente na simples estimulação precoce que as experiências anteriormente descritas praticavam. Este projeto distinguia-se por ser um esboço do trabalho transdisciplinar já que envolvia diretamente os pais tornando-os parceiros dos técnicos bem como atribuía ao gestor de caso a tarefa de monitorizar a evolução do programa tendo sempre na retaguarda o apoio pluridisciplinar disponibilizado nas reuniões semanais de supervisão (Tagethof, 2007). As práticas de intervenção deste projeto eram por isso bastante inovadoras já que os domicílios eram considerados locais de ensino por excelência nos quais as intervenções dos profissionais se traduziam em dar sugestões para o ensino de novas competências e as visitas domiciliárias de carácter regular possibilitavam a análise dos progressos da criança que eram registados pelos pais nas folhas de registo de atividades e conseqüentemente a definição de novos objetivos de ensino (Associação Portage Portugal, 1994, citada por Gronita 2014).

De salientar que esta experiência teve três fases e não foi criada para colidir ou substituir outras já existentes. Na primeira fase (1984/85) e segunda fase (1985/86) foi dado ênfase à formação em serviço dos técnicos da DSOIP, concretizada num Curso Básico Portage e num Estágio em Inglaterra os quais permitiram a posterior realização, em outubro de 1985, do primeiro Curso Portage em Portugal. De salientar também que, em 1986, a DSOIP foi incumbida, pelo Centro Regional de Segurança Social de Lisboa, de prestar apoio às crianças com NEE dos 0 aos 6 anos (Almeida, 2009). Na terceira fase (1987) pretendeu-se a disseminação do modelo pelos vários serviços que atendiam crianças com deficiência sendo constituídas equipas que envolviam estruturas da Saúde, Segurança Social e da Educação (Felgueiras e Bairrão, 1991; Felgueiras, Bairrão e Pimentel, 1986).

Nesse sentido Pinto et al. (2009) referem que este Programa para além de ter contribuído para romper com as práticas tradicionais que vigoravam à data e ter influenciado significativamente a IP, este também trouxe, através dos cursos atrás descritos, enormes benefícios aos profissionais designadamente “uma planificação de objectivos e estratégias de intervenção individualizada; um sistema organizativo económico e facilmente replicável dos recursos existentes (pirâmide de recursos)” (p. 29). Além desses benefícios os autores também destacam “a colaboração interdisciplinar e interserviços; um modelo de formação continuada (cursos básicos e avançados do modelo Portage) e de supervisão dos visitantes domiciliários, disponibilizando, ainda, diversos materiais de apoio” (pp. 29-30).

No final dos anos 80, mais precisamente em 1989, surge, o Projeto Integrado de Intervenção Precoce (PIIP), o qual resultou da assinatura de um protocolo entre o Ministério da Saúde, da Educação e a Delegação de Coimbra da APPCDM. De acordo com Boavida, Carvalho & Espe-Sherwindt (2009) este projeto surge em Coimbra já que a cidade tinha alguns dos melhores serviços de saúde e de educação, uma longa tradição de colaboração entre diferentes agências e um conjunto de profissionais dispostos e comprometidos a trabalhar em equipa. Nesse sentido as principais estruturas do distrito de Coimbra que se dedicavam ao diagnóstico e acompanhamento das situações de atraso de desenvolvimento e deficiência davam assim início à fase experimental do PIIP (Boavida, 1995; Boavida e Borges, 1990; Cruz et al., 2003; Fernandes, 2016). Este projeto, supervisionado por Luís Borges, Diretor do Centro de Desenvolvimento do Hospital Pediátrico à data, tinha também um grupo coordenador que incluía elementos dos quatro serviços intervenientes designadamente o Centro de Desenvolvimento do Hospital Pediátrico, a Administração Regional de Saúde (ARS), a Direção Regional de Educação do Centro (DREC) e a APPCDM (Boavida e Borges, 1990). São vários os autores que realçam a importância deste projeto, que surgiu numa base comunitária, não só pela inovação de coordenar e integrar serviços públicos (Ministérios da Educação, da Saúde e da Segurança Social) e privados como a APPCDM e outras instituições locais incluindo CERCIS, Associações e Autarquias, mas também pela sua contribuição para a disseminação de diferentes projetos integrados de IP (Almeida, 2000b).

Baseando-se no modelo ecológico de Bronfenbrenner e transaccional de Sameroff and Fiese, a equipa defendia que a IPI devia ser baseada na comunidade sendo a família o alvo da prestação de serviços da IP (Boavida, 1995; Boavida et al., 2009), dando privilégio aos ambientes identificados como ambientes naturais da criança.

O Programa selecionado pelo PIIP foi o Programa Portage pelo que foi necessária a colaboração da DSOIP no que respeita à formação inicial e supervisão dos seus técnicos no modelo Portage (Boavida e Borges, 1990; Pimentel, 2005); e, também, os apoios da Fundação Calouste Gulbenkian e do Instituto de Clínica Geral (Boavida e Borges, 1990). Boavida (1995) salienta a colaboração de profissionais de IP altamente conceituados como Marilyn Esper-Sherwindt, Jaqueline Van Horn, Karen Wollenburg, Ruen Simeonsson e Donald Bailey.

De acordo com Boavida (1995) e Boavida e Borges (1990) a estrutura base de funcionamento do projeto assentava no Núcleo de Intervenção cujo objetivo era apoiar local e domiciliariamente as crianças e famílias admitidas no projeto. Os autores também referem que foram criados cinco núcleos de intervenção em 1989/1990, os quais tinham a sua sede numa sala de apoio cedida por uma instituição e apetrechada pelo projeto e que a equipa fixa era “constituída por um Psicólogo geralmente pertencente à instituição, uma Educadora do ensino especial destacada pela DREC e uma Assistente Social” (p. 208). Acrescentam ainda que, em 1991, existia uma equipa itinerante constituída apenas por uma terapeuta da fala sendo desejo da equipa que esta viesse a agregar uma fisioterapeuta e uma terapeuta ocupacional. Após dez anos de existência, o PIIP além de abranger todo o concelho de Coimbra também passou a ser implementado nos distritos de Aveiro e Castelo Branco (Baptista, 1999).

Gronita (2014) considera que este projeto “após uma brevíssima adoção inicial da metodologia Portage, com o envolvimento da família no sentido da Instrução” (p. 155) reorganiza teórica e metodologicamente a sua intervenção, baseando-se na experiência e investigação internacional, principalmente nos modelos de serviços existentes nos Estados Unidos da América. Desta forma vai de encontro aos modelos teórico conceptuais mais recentes descritos anteriormente.

Contudo, Franco e Apolónio (2008) e Ruivo e Almeida (2002) realçam que a base conceptual deste projeto foi inspirada num outro que surgiu, em Águeda, o qual testava “um modelo para crianças com problemas de desenvolvimento e em risco” (Franco e Apolónio, 2008, p. 17). Este projeto realizava o rastreio precoce das crianças com qualquer deficiência, apoiava os pais e também as crianças durante a integração no jardim de infância sempre em estreita colaboração com o Centro de Desenvolvimento de Coimbra, com a equipa de Educação Especial do distrito e com a comunidade: jardins de infância, escolas, centros de saúde entre outros (Costa, 1981). Daí que Franco e Apolónio (2008) se refiram a este como a “primeira experiência de conjugação de esforços da Saúde, da Educação, da Segurança Social e outras entidades públicas e privadas” (p. 17).

Tendo ganho nos anos 90 uma dinâmica e autonomia próprias, o PIIP, ao assentar num modelo sólido de coordenação e integração de serviços, é considerado como pioneiro pois assegura apoio qualificado às famílias e crianças dos 0-3 anos, em situação de risco ou com deficiência, residentes em todo o distrito de Coimbra. O PIIP, atual Associação Nacional de Intervenção Precoce (ANIP), assegura formação permanente aos seus técnicos, com a colaboração de técnicos dos Estados Unidos da América, tem sido responsável pela organização regular de Encontros que permitem a divulgação de conhecimentos e formação de técnicos e serviços na área da Intervenção Precoce (Pimentel, 2005). Daí que Serrano & Boavida (2011) e Fernandes (2016) se refiram a este como um projeto que iniciou uma mudança paradigmática na Intervenção Precoce.

Ao longo dos anos 90 graças à mudança de paradigma protagonizada por estas duas entidades e também graças à política de incentivos financeiros, através de programas com fundos comunitários, houve um aumento significativo de Projetos de IP (Ruivo e Almeida, 2002). Surgem diversos programas com características diferentes, i.e., verifica-se a coexistência de modelos centrados na criança e modelos centrados na família (Gronita, 2012) mas baseados sempre nos modelos bioecológico e transacional (Carvalho et al., 2016).

Serrano & Boavida (2011) destacam que a formação dos profissionais nesta área passou a ser um assunto de clara importância tendo surgido, em 1994, os mestrados em IPI nas Universidades do Porto e do Minho, os quais contam com a colaboração de especialistas americanos nesta área.

Boavida et al. (2009), Serrano & Boavida (2011) e Serrano e Correia (2000) referem que, apesar de haver uma clara preocupação em intervir precocemente, existia uma grande heterogeneidade e assimetria de experiências de IP. Boavida et al. (2009) e Serrano e Correia (2000) indicam algumas nomeadamente os programas de seguimento de recém-nascidos de alto risco em algumas maternidades que decorria ao nível dos serviços de saúde; os programas de apoio a crianças com NEE entre os 0 e os 3 anos (Programa Ser Criança) que decorria ao nível da Segurança Social através do Despacho nº 26/MSSS/95 (Serrano e Correia, 2000; Alves, 2009); e a implementação de atividades de IP em instituições de educação através da Portaria nº52/97, de 21 de janeiro a qual decorria ao nível da Educação (Serrano e Correia, 2000; Alves, 2009). Os autores também acrescentam que até 1999, data da publicação do primeiro diploma legal de IP, o enquadramento legal da IP para crianças dos 0 aos 3 anos era praticamente inexistente e o atendimento precoce a crianças entre os 3 e os 6 anos de idade estava regulamentado pelo Decreto nº319/91.

Pode então perceber-se que além da inexistência de uma política de Intervenção Precoce, no nosso país continuavam a existir escassez de respostas e as poucas que existiam tendiam a seguir o modelo tradicional. Além destas dificuldades, Felgueiras (1997b) refere outras designadamente a pouca consistência no modelo conceptual implícito e a falta de treino e formação adequada dos profissionais de IP. Traçado o quadro do nosso país no que respeita à IP, a autora considera indispensável a publicação de um documento normativo que definisse claramente as políticas de IP, que os profissionais recebessem formação específica, que estes passassem a conjugar esforços interdisciplinares e que fossem flexíveis com as famílias dando-lhes a oportunidade de opção no que respeita ao nível de envolvimento que desejam ou possam dispensar.

Fundamentada na estrutura do Projeto desenvolvido em Coimbra, a publicação do Despacho Conjunto nº 891/99, de 19 de outubro, deu início a uma mudança de paradigma na IPI no nosso país (Boavida et al, 2009). Este teve origem no relatório elaborado por um Grupo de Trabalho Interministerial formado, em 1994, por Despacho Conjunto dos Ministérios da Educação, da Saúde e da Segurança Social

(Diário da República – II Série de 3/8/94) (Alves, 2009; Serrano, 2007; Serrano e Correia, 2000;) e foi fortemente influenciado pela lei americana, mais especificamente pela(o) Public Law nº94-142 (PL 94-142) de 1975, Public Law nº99-457 (PL 99-457) de 1986, e Individuals with Disabilities Education Act (IDEA; PL 101-476) de 1990 (Alves, 2009; Ruivo e Almeida, 2002). Também Gronita (2014) salienta a influência de outros documentos estrangeiros (Declaração de Salamanca, 1994) e nacionais (Decreto-Lei nº319/91, de 23 de agosto). Por sua vez Pinto et al. (2009) consideram que além da influência norte americana, o modelo veiculado neste despacho está estreitamente influenciado pelas experiências relevantes de IP anteriormente descritas e pelas orientações do grupo EARLYAID.

Este documento normativo teve, de acordo com Pinto et al. (2009), um mérito inquestionável de promover uma dinâmica que originou numerosos projetos de IP pois “Veio, não só propor um enquadramento teórico para as práticas, como dinamizar as parcerias e a partilha de recursos, bem como a formação no âmbito da IP” (p. 25). No *Parecer sobre o Despacho 891/99 e a Intervenção Precoce em Portugal* escrito por Bairrão (2007, citado por Pinto et al., 2009), este foca vários aspetos positivos deste despacho nomeadamente o facto de: ter em conta a prevenção primária das dificuldades das crianças sendo que o seu modelo se estende à prevenção secundária e terciária nos casos mais graves; abordar a criança no seio da família promovendo uma ativa parceria dos pais no processo de habilitação/reabilitação da criança ao mesmo tempo que destaca o papel dos profissionais para a promoção e reforço de competências dos pais; permitir um cobertura mais ampla do país pela articulação entre os serviços da Educação e da Segurança Social; requerer um trabalho interdisciplinar; e, por último, colocar em ação toda uma organização nacional, regional e local que permitia a organização e a prática de recursos integrados de IP.

Também Alves (2009) e Boavida et al. (2009) realçam um aspeto positivo deste normativo designadamente o facto de o enfoque da IP passar a ser colocado no contexto familiar da criança e não na criança como era até então. De acordo Alves (2009) neste normativo a família passa a ser considerada como unidade funcional em todo o processo de intervenção.

Além da identificação da família como centro da intervenção e da criação de um grupo de trabalho multidisciplinar com profissionais da Educação, da Saúde e Segurança Social, Boavida et al. (2009) e Serrano (2007) também referem um outro aspeto positivo deste normativo nomeadamente a referência à elaboração de um plano de intervenção individualizado o qual deveria ser desenvolvido e implementado baseando-se na intervenção centrada na família.

Contudo, apesar de ser o primeiro documento normativo na área da Intervenção Precoce, o Despacho nº 891/99, foi alvo de muitas críticas e deu origem a alguns problemas no que respeita à implementação. Bairrão e Almeida (2003) referem que este foi elaborado a partir da legislação americana e por isso é irrealista no ponto de

vista da operacionalização já que não retrata a realidade portuguesa, e equívoca no que respeita “à relação entre necessidades e recursos, formas de implementação no terreno, formas de organização e financiamento” (p. 22). Além disso, este documento não contemplava quaisquer critérios de elegibilidade das crianças para os Programas de IP (Bairrão e Almeida, 2003; Franco e Apolónio, 2010) ficando esta à consideração de cada equipa e levando a uma cobertura irregular e escassa das situações (Bairrão e Almeida, 2003). Os casos de risco estabelecido eram os predominantemente atendidos sendo que os casos de risco biológico e ambiental eram colocados em segundo ou terceiros planos, que a sinalização dos casos era feita tardiamente e que a eficácia da organização e da coordenação de serviços estava comprometida por haver dificuldades a nível dos canais de comunicação entre os diversos serviços (Bairrão e Almeida, 2003).

Relativamente às práticas de Intervenção, Almeida (2004) e Bairrão e Almeida (2003) realçam as dificuldades quer na constituição das equipas quer na sua organização e coordenação, a fraca participação das famílias nos programas de IP, a organização precária dos serviços e recursos da comunidade, a deficiente partilha de informação quer nos próprios serviços quer entre serviços, a falta de formação dos profissionais de IP e a disparidade de práticas quando aplicadas a crianças dos 0 aos 2 anos (programas domiciliários com algum envolvimento da família e alguma preocupação relativamente à organização dos serviços e recursos) e a crianças dos 3 aos 5 anos (programas sem distinção da prestação de serviços às crianças com NEE e maioritariamente realizada em instituições pré-escolares). Os autores também salientam a escassez de avaliações das práticas de Intervenção Precoce, a necessidade de aprofundar conhecimentos acerca de problemáticas com características muito distintas por forma a incidir mais adequadamente em cada situação e a necessidade de autoavaliação dos profissionais de IP.

Apesar destes aspetos negativos relativos ao funcionamento das equipas, Franco e Apolónio (2008) e Tagethof (2007) referem que, na região Centro e no Alentejo, a prestação de serviços decorria positivamente.

Também Gronita (2007) apresenta alguns aspetos que necessitam de ser melhorados neste Despacho nomeadamente a necessidade urgente de operacionalizar clara e inequivocamente a operacionalização das respostas, i.e., deve ser clarificada a forma como cada um dos parceiros participa na implementação da IP. O autor também defende que este deveria ser substituído por um Diploma, mas sempre salvaguardando o que de positivo tem o despacho em questão. Sugere ainda outros aspetos que devem ser tidos em conta dos quais se destacam nomeadamente a clarificação e homogeneização de todos os procedimentos dos ministérios envolvidos, a agilização da “operacionalização da constituição de serviços, centrando os acordos de cooperação com as ONG [Organizações Não Governamentais] num único ministério, sem que daqui se depreenda a obrigatoriedade na articulação institucional” (p. 4), a promoção da estabilidade das equipas bem como a

especialização dos seus profissionais, funcionamento em transdisciplinaridade e a necessidade da supervisão técnica e exterior a esta.

Almeida (2004) defende que as dificuldades de articulação entre os diferentes ministérios e a provável falta de vontade política no investimento nesta área fizeram com que o documento não entrasse em fase de avaliação. Já Serrano (2007) contesta esta informação pois refere este normativo teve um período experimental de três anos que terminou em outubro de 2002, e que este em 2007 (data de publicação do trabalho da autora) se encontrava em fase de avaliação por um grupo interdepartamental designado pelo Despacho Conjunto nº 30/2006, de 11 de janeiro, cuja função era apresentar um relatório no prazo de seis meses.

Apesar das diretrizes incluídas no documento normativo em questão irem de encontro aos princípios e práticas recomendadas pelas organizações internacionais nomeadamente a DEC (Serrano, 2007) e da criação de projetos semelhantes ao PIIP, muitas foram as assimetrias de região para região (Augusto, Aguiar e Carvalho, 2013; Bairrão, 2006; Serrano & Boavida, 2011) havendo por isso “a necessidade de uma política comum em Portugal, que culminou na criação de um Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), legislado pelo Decreto-Lei nº 281/2009, de 6 de outubro” (Augusto, Aguiar e Carvalho, 2013, p. 52).

Nesse sentido a EADSNE (2005), no seu relatório síntese, destaca o caso português, referindo que apesar dos grandes avanços que surgiram com o PIIP e a publicação do Despacho nº 891/99, a IP em Portugal continuava a enfrentar importantes desafios e que era importante mobilizar esforços conjuntos para aumentar a cobertura, principalmente das crianças de 0 a 2 anos; melhorar a deteção precoce e encaminhamento; tornar a prática interdisciplinar e centrada na família mais consistente; aperfeiçoar a qualidade e as oportunidades da formação profissional; e sensibilizar os políticos, profissionais e a comunidade em geral para o valor da IP e sua sustentabilidade. O mesmo relatório esclarece ainda que a evolução e qualidade da IP no nosso país passa por três objetivos nomeadamente a qualificação profissional, os resultados da pesquisa e a avaliação dos processos e dos resultados da intervenção junto das crianças e suas famílias.

Pode então afirmar-se que com a publicação do novo documento normativo para a Intervenção Precoce, o Decreto-Lei nº 281/2009, de 6 de outubro veio dar início a um novo período.

Como pudemos ver, em termos de enquadramento legislativo, o Despacho Conjunto nº 891/99, de 19 de outubro, foi o primeiro documento normativo relativo à Intervenção Precoce. Até então as referências no âmbito do apoio à primeira infância estavam, como pudemos ver anteriormente, dispersas em legislação referente à Educação Especial e à Educação Pré-Escolar (Gronita 2014; Mendes e Seixas, 2016; Ruivo e Almeida, 2002; Tagethof, 2007).

Atualmente a Intervenção Precoce rege-se pelo Decreto-Lei nº 281/2009, de 6 de outubro de 2009, o qual veio revogar o Despacho Conjunto nº 891/99, de 19 de

outubro. Este surgiu “na sequência dos princípios traçados na Convenção das Nações Unidas dos Direitos da Criança e no âmbito de Plano de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade 2006-2009” (Decreto-Lei nº 281/2009, p. 7298).

Gronita (2014) defende que este normativo se baseia, tal como o normativo anterior, nas parcerias institucionais da educação, saúde e segurança social, e engloba os mesmos princípios dos modelos anteriores, mas mais aperfeiçoados e sucessivamente complementados. De acordo com o autor este novo normativo não só perspetiva o trabalho centrado na criança e na família como também a metodologia transdisciplinar por parte das equipas multidisciplinares. Além dos dois eixos acima descritos existe, de acordo com Carvalho (2011), um terceiro eixo da IP: a Base Comunitária.

Ainda no preâmbulo deste Decreto pode ler-se que o Sistema de Intervenção Precoce deve garantir a todos a participação e inclusão social. Desta forma para propiciar a universalidade do acesso a estes serviços é necessário “assegurar um sistema de interacção entre as famílias e as instituições e, na primeira linha, as da saúde, de forma a que todos os casos sejam devidamente identificados e sinalizados tão rapidamente quanto possível” (p. 7298). Acrescenta ainda que seguidamente, “devem ser accionados os mecanismos necessários à definição de um plano individual atendendo às necessidades das famílias e elaborado por equipas locais de intervenção, multidisciplinares, que representem todos os serviços que são chamados a intervir” (p. 7298). Indica ainda que o sistema de IP também deve assentar “na responsabilização dos técnicos e dos organismos públicos e na correspondente capacidade de resposta” (p. 7298).

Nesse sentido este novo documento normativo cria formalmente o SNIPI referindo no artigo 1º, que o SNIPI é constituído por um conjunto de entidades institucionais as quais têm em vista a garantia das “condições de desenvolvimento das crianças com funções ou estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal, social, e a sua participação nas actividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso no desenvolvimento” (Decreto-Lei nº281/2009, p. 7298).

Franco e Apolónio (2011a) consideram a implementação da rede de Intervenção Precoce, algo verdadeiramente inovador. Nesta legislação são identificados, de forma evidente, os cinco elementos relevantes para a implementação de modelos de IPI, propostos pela EADSNE nomeadamente a disponibilidade (abrangência a todas as crianças elegíveis), a proximidade (descentralização dos serviços bem como a disponibilização de recursos na comunidade), viabilidade financeira (gratuidade da IPI), interdisciplinaridade (constituição de equipas por profissionais de diferentes áreas) e diversidade de serviços (técnicos de diferentes áreas e de diferentes serviços da comunidade) (EADSNE, 2010).

Pinto et al. (2012), consideram que a implementação do novo Decreto-Lei se iniciou com algumas dificuldades já que não houve um processo adaptativo no que

respeita à realidade e cultura portuguesa. Ao optar por um dos modelos existentes, em detrimento do outro e sem uma aprovação mais alargada que definisse uma política forte, consensual e que promovesse uma verdadeira relação de parceria entre o Estado e as organizações da sociedade civil, a implementação do SNIPI só veio a verificar-se em setembro de 2011 e de forma parcial.

Carvalho et al. (2016) reconhecendo a limitação de recursos económicos vividos em Portugal, consideram que a forma mais objetiva de organizar os serviços de IP passa por aproveitar e rentabilizar os recursos materiais e humanos que existem. Os autores também tecem outras considerações para a operacionalização deste Decreto nomeadamente assegurar uma coordenação eficiente, i.e., a “coordenação não deve só ser intersectorial mas também existir dentro de cada sector” (p. 70); melhorar a formação e qualificação dos profissionais, i.e., deve ir ao encontro das necessidades dos intervenientes; abranger toda a população-alvo, i.e., dar resposta a todas as necessidades a nível nacional sem assimetrias regionais; implementar práticas que possibilitem o envolvimento das famílias bem como a sua participação; e “garantir padrões de qualidade e assegurar a avaliação e monitorização contínuas do processo de implementação do SNIPI a nível nacional” (p. 70).

Neste documento normativo existem algumas características que devem ser destacadas nomeadamente a definição da população alvo, a definição de Intervenção Precoce para a Infância (IPI), a definição do âmbito da atuação da IPI, a definição da estrutura nacional de atuação e a identificação das famílias como elementos relevantes no processo (Carvalho et al., 2016).

Assim sendo o Decreto-Lei nº 281/2009, no artigo 2º, define como população alvo

“as crianças entre os 0 e os 6 anos, com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam a participação nas actividades típicas para a respectiva idade e contexto social ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, bem como as suas famílias” (p. 7298).

Importa referir que, ao formular de um modo mais preciso quais as crianças abrangidas pela IP, este documento aborda a questão da elegibilidade. Recorde-se que na legislação anterior Almeida (2004) e Bairrão e Almeida (2003) criticavam o facto de a lei ser pouco precisa, i.e., eram consideradas as crianças até aos 6 anos de idade, especialmente dos 0 aos 3 anos, que apresentavam “deficiência ou risco de atraso grave do desenvolvimento” (Despacho Conjunto nº 891/99, p. 15566) mas nem sempre os profissionais conseguiam diferenciar situações tornando-se ambígua a elegibilidade das crianças. De acordo com Franco e Apolónio (2011a) este decreto atribui “à Comissão de Coordenação do SNIPI a responsabilidade de definição de critérios de elegibilidade” (p. 86).

Nesse sentido, esta clarificação destaca três condições de risco: “biológicas (que se entendem por referência à própria criança e às suas condições biológicas), psicoafectivas (que se entendem pelas dimensões relacionais) e ambientais (por referência ao contexto)” (Franco e Apolónio, 2011a, p. 86). Contudo, Andrada e Silva

(2001), Gallagher & Tramill (2000) e Serrano (2007) consideram a existência também de três categorias denominando-as de uma outra forma nomeadamente: risco estabelecido, que engloba crianças com NEE a nível do desenvolvimento precoce cujas necessidades estão relacionadas com problemas médicos diagnosticados; risco biológico, que abrange as crianças com historial de factores biológicos que durante o período pré-natal, neonatal ou pós-natal possam ter implicações a nível do desenvolvimento; e risco ambiental, que se refere às crianças que tiveram experiências limitadas ao nível das ligações maternas, da organização da família, dos cuidados de saúde, de nutrição e das oportunidades de estimulação física, social e adaptativa nos primeiros tempos de vida.

Nesse sentido importa perceber o que este normativo refere. Assim nos pontos b) e c) do artigo 3º do Decreto-Lei nº 281/2009, são definidos Riscos de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo como sendo “qualquer 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” (p. 7299); e Risco grave de atraso de desenvolvimento como sendo “a verificação de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança”(p. 7299).

Desta forma a Intervenção Precoce para a Infância é definida, na alínea a) do artigo 3º, como “o conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo acções de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da acção social” (Decreto-Lei nº 281/2009, p. 7298).

No artigo 5º do Decreto-Lei nº 281/2009 refere-se que “O SNIPI funciona por articulação das estruturas representativas dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação, em colaboração directa com as famílias” (p. 7299). Neste acordo interministerial, cada um dos três ministérios tem competências próprias e intersectoriais pelo que, os elementos destes devem participar na Equipa Local de Intervenção (ELI), numa perspetiva transdisciplinar (Carvalho et al., 2016). Assim, segundo estes, ao Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS) competem assuntos relacionados com a contratação de técnicos de serviço social, terapeutas e psicólogos bem como a colaboração ativa com as IPSS. Relativamente ao Ministério da Saúde (MS), as suas competências assentam no rastreio, na deteção e na referenciação de crianças elegíveis para a IP tendo sempre em conta os critérios de elegibilidade definidos. Por último, o Ministério da Educação (ME) é responsável por organizar a rede de agrupamentos de escolas de referência para a IPI e facultar os profissionais de Educação para integrar as ELI (Carvalho et al., 2016; Boavida, 2018).

O mesmo documento legislativo no artigo 6º refere que deverá existir uma Comissão de Coordenação “presidida por um representante do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, integrando representantes dos ministérios” (p.

7299) anteriormente referidos. Esta Comissão é integrada por dois representantes de cada ministério e compreende cinco subcomissões regionais. Em termos gerais quer a Comissão quer as Subcomissões têm como funções: articular ações dos ministérios regulamentado, acompanhando e avaliando o funcionamento do SNIPI; definir e implementar a estrutura organizacional do sistema; criar instrumentos para regular a intervenção técnica; promover a formação e investigação na área da IP; elaborar relatórios de atividades e planos de ação; coordenar a gestão quer de recursos humanos quer dos recursos materiais; recolher e atualizar informações; e elaborar e atualizar as bases de dados (Carvalho et al., 2016).

Através da Figura 5 apresentamos a estrutura do SNIPI e facilmente se percebe que existem dois níveis: um nível de coordenação intersectorial que engloba a Comissão Nacional e cinco Subcomissões Regionais; e um nível de intervenção constituída pelas ELI's. Para além destas o SNIPI tem ainda uma rede de Núcleos de Supervisão Técnica, cuja função é fazer a interligação entre os dois níveis atrás referidos.

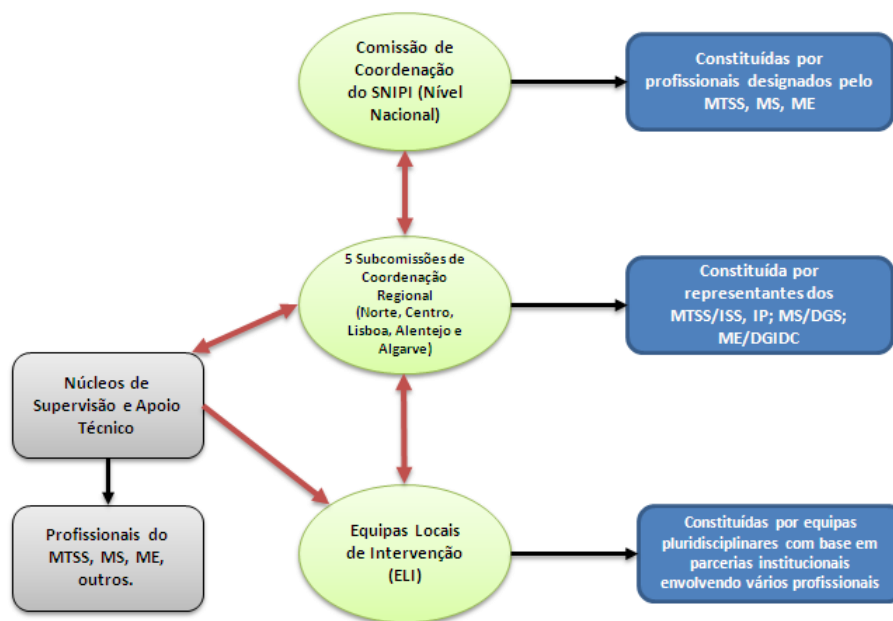


Figura 6: Estrutura do SNIPI

Fonte: ARSCentro

(<http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/projectos/crsmca/cjr/Paginas/snipi.aspx>)

No artigo 4º do Decreto-Lei nº 281/2009 são definidos os objetivos do SNIPI nomeadamente “Assegurar às crianças a protecção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades, através de acções de IPI em todo o território nacional” (p.7299). Além destes o SNIPI também tem como objetivos “Apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas da segurança social, da saúde e da educação; Envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social.” (p. 7299). As suas competências também passam por “Detectar e sinalizar todas as crianças com risco de alterações ou alterações nas funções e

estruturas do corpo ou risco grave de atraso de desenvolvimento (p. 7299). Por último este artigo também define que é objetivo do SNIPI “Intervir, após a 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” (p. 7299).

Constituídas por um grupo de técnicos de diferentes áreas, as Equipas Locais de Intervenção Precoce do SNIPI (Figura 7) são equipas multidisciplinares, com funcionamento transdisciplinar, que estão sediadas preferencialmente em Centros de Saúde desenvolvendo a sua atividade a nível local (Fuertes, 2016; Mendes e Seixas, 2016) “podendo englobar vários municípios ou desagregar-se por freguesias” (Decreto-Lei nº 281/2009, p. 7300).

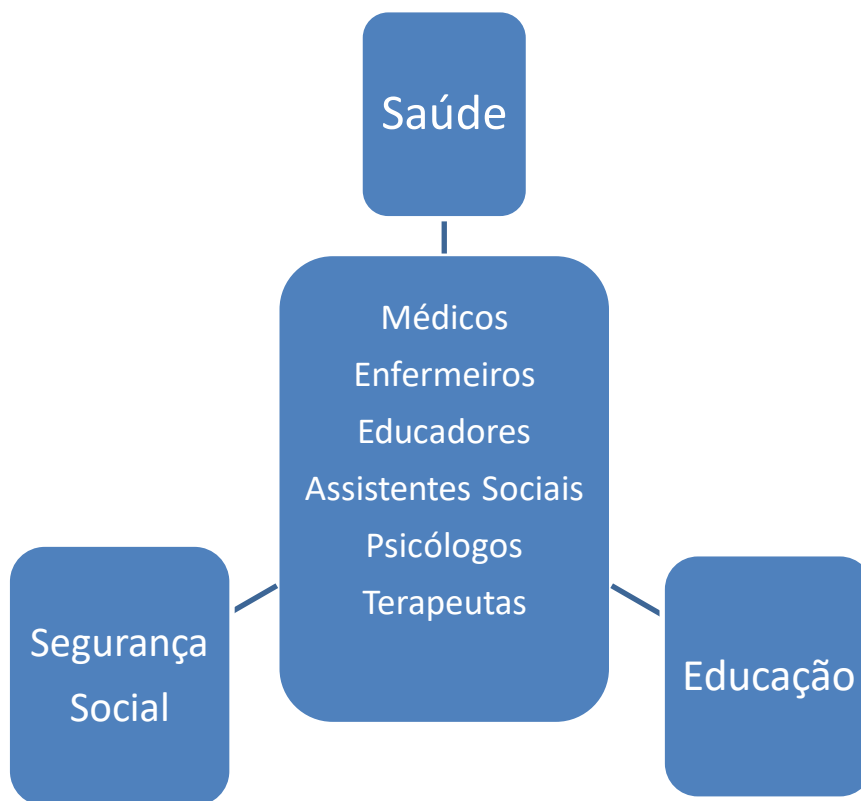


Figura 7: Constituição das Equipas

Fonte: Adaptado de Carvalho et al. (2016, p. 67)

No ponto 4 do artigo 7º, são definidas as competências destas equipas nomeadamente “Identificar as crianças e famílias imediatamente elegíveis para o SNIPI; Assegurar a vigilância às crianças e famílias que, embora não imediatamente elegíveis, requerem avaliação periódica, devido à natureza dos seus factores de risco e probabilidades de evolução” (p. 7300). O mesmo artigo refere que além destas o SNIPI também tem como competências “Encaminhar crianças e famílias não elegíveis, mas carenciadas de apoio social; Elaborar e executar o PIIP [Plano Individualizado de Intervenção Precoce] em função do diagnóstico da situação; Identificar necessidades e recursos das comunidades da sua área de intervenção, dinamizando redes formais e

informais de apoio social” (p. 7300). Uma outra competência deste organismo consiste em “Articular, sempre que se justifique, com as comissões de protecção de crianças e jovens e com os núcleos da acção de saúde de crianças e jovens em risco ou outras entidades com actividade na área da protecção infantil” (p. 7300). Por fim cabe-lhe também “Assegurar, para cada criança, processos de transição adequados para outros programas, serviços ou contextos educativos; Articular com os docentes das creches e jardins -de-infância em que se encontrem colocadas as crianças integradas em IPI” (p. 7300).

De acordo com a Comissão Coordenadora do SNIPI (2011, citado por Pinto e Ferronha, 2011) a equipa depois de analisar a referenciação, avalia os critérios de elegibilidade e decide a admissibilidade tendo em conta os Critérios de Admissão. Num “prazo de 30 dias, a ELI decide os procedimentos a aplicar, designando um dos elementos como Técnico Gestor do Caso (GC), que assumirá a concretização do Plano Individualizado de Intervenção Precoce (PIIP)” (p. 167). Acrescenta que é da competência do gestor de caso “garantir a articulação entre os apoios disponíveis e a implementação do PIIP e participar, em conjunto com a família, na identificação dos recursos, preocupações e prioridades, promovendo uma tomada de decisões consciente e informada” (p.167). Desta forma, todos os intervenientes no processo decidem conjuntamente quais os objetivos, as áreas a trabalhar e como trabalhar centrado desta forma a intervenção na criança e na família num trabalho transdisciplinar. A Comissão Coordenadora do SNIPI (2011, citado por Pinto e Ferronha, 2011) também refere que o gestor de caso “deve ser escolhido entre os representantes da ELI de acordo com o perfil que melhor se adequa [sic] às necessidades concretas identificadas” (p. 167).

Nesse sentido, o artigo 8º deste documento normativo, prevê a elaboração do Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP) que “consiste na avaliação da criança no seu contexto familiar, bem como na definição das medidas e acções a desenvolver de forma a assegurar um processo adequado de transição ou de complementaridade entre serviços e instituições” (p. 7300). Acrescenta, no ponto 2 deste mesmo artigo, que neste devem constar a “Identificação dos recursos e necessidades da criança e da família; Identificação dos apoios a prestar; Indicação da data do início da execução do plano e do período provável da sua duração” (p. 7300). Além desses elementos devem constar também neste plano a “Definição da periodicidade da realização das avaliações, realizadas junto das crianças e das famílias, bem como do desenvolvimento das respectivas capacidades de adaptação; Procedimentos que permitam acompanhar o processo de transição da criança para o contexto educativo formal, nomeadamente o escolar;” (p. 7300). Por fim, é necessário a articulação do PIIP com o Programa Educativo Individualizado (PEI), “aquando da transição de crianças para a frequência de jardins -de -infância ou escolas básicas do 1.º ciclo” (p. 7300).

De acordo com a Comissão Coordenadora do SNIPI (2011, citado por Pinto e Ferronha, 2011) “O PIIP consiste na avaliação da criança no seu contexto familiar,

bem como a definição das medidas e acções a desenvolver de forma a assegurar um processo adequado de transição e de complementaridade entre os serviços e instituições” (p. 167).

Boavida (2018) refere que “Com a publicação do Decreto – Lei 281/09, intervir precocemente nos problemas de desenvolvimento deixou de ser apenas um imperativo moral e ético e passou a ser uma imposição legal” (p. 40). Acrescenta ainda que a IP “é um conceito e uma prática que continua a evoluir e a refletir a vontade e determinação de investir muito precocemente em crianças com problemas de neurodesenvolvimento e suas famílias” (p. 40).

Nesse sentido Boavida, Aguiar e McWilliam (2018) referem que o processo de IPI decorre em sete passos.

O primeiro passo corresponde à referenciação, i.e., deteção, sinalização e acionamento do processo é da competência do Ministério da Saúde (Boavida et al., 2018). Esta é feita através da ficha de referenciação (Figura 8), podendo também ser solicitada pela família, por profissionais de saúde, da educação e dos serviços sociais sendo elegíveis todas as crianças do primeiro grupo (Alterações nas funções ou estruturas do corpo) e as do segundo grupo (risco grave de atraso de desenvolvimento) que acumulem quatro ou mais factores de risco biológico e/ou ambiental (Carvalho et al., 2016; Franco e Apolónio, 2011a; Mendes e Seixas, 2016; Pinto e Ferronha, 2011).

The image displays two versions of the 'Ficha de Referenciação' form. The left version is a full form with the following sections:

- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância** (SNIPI)
- [Ficha de Referenciação]**
- 1. Identificação da Criança**
 - Nome da Criança
 - Data de Nascimento
 - Morada
 - Freguesia e Concelho
 - Contacto telefónico
 - E-mail
 - NISS
 - SNS
- 2. Identificação dos pais**
 - Nome do pai**
 - Idade
 - Profissão
 - Morada
 - E-mail
 - Contacto telefónico
 - Nome da mãe**
 - Idade
 - Profissão
 - Morada
 - E-mail
 - Contacto telefónico

The right version is a partial form showing the 'Referenciação' section:

- 3. Referenciação**
 - Quem referencia
 - Contactos
 - Descrição sumária do motivo da referenciação
 - Que apoios especializados tem/tem ?
 - Observações
 - Data

Figura 8: Ficha de referenciação

Fonte: DGS <https://www.dgs.pt/sistema-nacional-de-intervencao-precoce-na-infancia/documentos/ficha-referenciacao-crianca-pdf.aspx>

O segundo passo refere-se aos primeiros contactos, i. e., os profissionais da ELI reúnem com a família e com o elemento sinalizador, por forma a familiarizar-se com a família, explicar todo o processo e em conjunto realizam o Ecomapa (Boavida et al., 2018).

Numa terceira fase é feita a avaliação das necessidades e dos recursos da criança e dos cuidadores e definições dos objetivos, através da Entrevista Baseada nas Rotinas. Esta entrevista semiestruturada é relativa ao funcionamento da criança e da família em rotinas diárias de casa e da escola e, além de estabelecer laços com a família, vai também permitir selecionar um conjunto de objetivos ou resultados desejáveis para a intervenção (Dunlap, Ester, Langhans & Fox, 2006, citado por McWilliam, 2012).

Após a recolha da informação nos passos anteriores, dá-se a quarta fase que corresponde à definição de serviços (Boavida et al., 2018), na qual se elabora, em conjunto com família, com o(a) educador(a) do ensino regular e o profissional da IP, o Plano Individual de Intervenção Precoce (Decreto-Lei nº 281/2009, p. 7300), anteriormente designado por Plano Individual de Apoio à Família (PIAF).

Na quinta fase, a fase de implementação e monitorização, vão ser implementadas todo um conjunto de estratégias, as quais são preparadas e ajustadas semanalmente entre os cuidadores e os profissionais de IPI (Boavida et al., 2018).

Numa sexta fase, denominada de avaliação dos objetivos, dos resultados e da satisfação, é feita uma avaliação dos objetivos de uma forma dinâmica e contínua por forma a avaliar a satisfação da família e o decorrer do processo de consultadoria colaborativa assumido por todos os intervenientes no processo (Boavida et al., 2018).

Por último, a sétima fase, a que Boavida et al. (2018) denominaram de fase de transição. Seja esta transição feita para o 1º Ciclo ou para outra qualquer realidade, nesta fase é importante que a família se sinta apoiada e que lhe seja dada a oportunidade de esclarecer dúvidas sendo crucial o apoio do(a) educador(a).

2.2.4. Princípios Orientadores das práticas em Intervenção Precoce

Anteriormente no ponto 1 refere-se a importância das investigações levadas a cabo por Dunst e seus colaboradores, nos últimos 30 anos, e da influência destas para as práticas de IP. O modelo integrado, defendido por Dunst, defende que o desenvolvimento e fortalecimento da família são influenciados pelos sistemas sociais e pelas variáveis ambientais (Carvalho et al, 2016).

Várias foram as conceptualizações e os modelos adotados pela IPI ao longo destes últimos anos. Ao longo da breve evolução histórica da IP feita no ponto 2. deste trabalho pode perceber-se que nem sempre a intervenção esteve centrada nas famílias e que o seu envolvimento foi-se alterando por influência de vários factores. Simeonsson & Bailey (1990) citados por Carvalho e Lopes (2006), Fuertes (2016) e Serrano e Correia (2000) referem que numa primeira fase, denominada de não envolvimento, a família não participava na intervenção sendo informada apenas

acerca das decisões dos técnicos. Posteriormente, numa segunda fase denominada de envolvimento passivo, a família passou a ser envolvida e os seus problemas e necessidades passaram a ser ouvidos, mas continuavam a ser os técnicos a fazer o diagnóstico e a planear a intervenção desvalorizando desta forma as potencialidades da família e desresponsabilizando-a. Na fase seguinte, designado de envolvimento ativo, a família passa a ser corresponsável pois o plano de intervenção é elaborado com a família e esta é envolvida nas atividades. Por último, no modelo das práticas centradas na família a família passa a ser um elemento da equipa que toma decisões.

Nesse sentido, desde 1993 que a DEC (Division for Early Childhood) reconhece as práticas centradas na família como a abordagem mais recomendada para trabalhar em IPI (DEC, 2014).

Vários autores têm-se dedicado a esta temática da abordagem centrada na família tendo surgido inúmeras definições e ideias que Carvalho et al. (2016) consideram como questões chave: a abordagem centrada na família, a parceria entre as famílias e os profissionais, o desenvolvimento das práticas tendo em conta os objetivos, prioridades, preocupações e necessidades das famílias, o facto dos profissionais serem agentes ao serviço da família não lhes cabendo a tarefa de identificar as necessidades e objetivos, mas sim à família e a individualização das práticas de intervenção para cada família.

De todos estes aspetos já se falou no primeiro ponto deste trabalho. Importa agora falar acerca da família como foco de intervenção o que requer que se faça uma breve alusão ao ciclo de vida das famílias. Como já foi anteriormente referido existem vários tipos de famílias e todas elas passam ao longo da sua vida por um ciclo vital (Ferreira e Vasconcelos, 2015) e que este compreende cinco etapas (Relvas, 1999).

Contudo, o nascimento de uma criança com NEE vem trazer novas exigências em cada estágio marcando todo este processo evolutivo da família (Correia e Serrano, 1997; Coutinho, 1996; Dias, 1998; Franco, 2011, 2015). É por isso importante perceber como se processa o ciclo de vida destas famílias para que possam fortalecer e desempenhar os seus papéis de uma forma eficaz (Correia e Serrano, 1997). Os autores baseando-se em Turnbull, Summers & Brotherson (1986) referem que as famílias com filhos com NEE passam por sete estádios, sendo que cada um destes tem factores de stress característicos.

Estádio	Áreas de stress
Casal	Expectativas de ter filhos Adaptação à vida a dois
Crescimento / Desenvolvimento e pré-escola	Medo que a criança tenha algum problema Diagnóstico Procura de ajuda e tratamento Falar aos outros familiares e aos irmãos acerca do problema
Idade Escolar	Reacções de outras crianças e famílias às características especiais da criança Escolaridade
Adolescência	Rejeição dos companheiros Preparação vocacional Aspectos relacionados com a emergência da sexualidade
Iniciação à vida adulta	Preocupações de habitação Preocupações financeiras Oportunidades de socialização
Pós-parental	Preocupação com a segurança a longo prazo do filho Interacções com as instituições que providenciam serviços Lidar com os interesses do filho no que respeita ao namoro, ao casamento e a ter filhos
Envelhecimento	Cuidados e supervisão do filho com NEE após a morte dos pais Transferir as responsabilidades parentais para outros subsistemas da família ou instituições

Figura 9: Ciclo de vida da família com uma criança com NEE

Fonte: Correia e Serrano (1997). In L. M. Correia (Coord.), *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares* (pp. 143-158). Porto: Porto Editora (1997, p. 151)

De acordo com Cordeiro (2015) é fundamental ter conhecimento da estrutura familiar bem como de outros aspetos relacionados com a família, já que esta influencia o bem-estar social e a qualidade de vida das crianças aos mais diversos níveis designadamente a nível orgânico, psicológico, social, moral e cultural. O autor considera a família como “primeira célula” social, i.e., o núcleo mais importante da vida de uma criança.

É pegando nas palavras de Cordeiro (2015) acerca da importância da família que voltamos à temática deste ponto do trabalho: os princípios orientadores das práticas em IP.

O Guia “*Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um Guia para Profissionais*”, publicado pela Associação Nacional de Intervenção Precoce, ao pretender ser um instrumento para os profissionais das ELI, orienta e unifica as práticas destes já que apresenta algumas questões-chave acerca do que é a abordagem centrada na família: toda a família é unidade da intervenção, i.e., o profissional de IPI tem que ter em conta as necessidades da criança e também as dos membros da sua família; parceria entre os profissionais e as famílias, i.e., o

profissional de IPI deve valorizar os pontos fortes da família levando as famílias a estarem mais informadas e capazes de tomar decisões informadas; responder às prioridades e objetivos da família, i.e., a intervenção do profissional de IPI deve ir ao encontro das necessidades, preocupações e objetivos definidos pela família; os profissionais são agentes da família sendo o seu objetivo ajudar as famílias a responder às suas próprias necessidades; práticas individualizadas para cada família, i.e., cada intervenção deverá refletir a especificidade de cada família; e a abordagem não é centrada só porque se trabalha com a família (Carvalho et al., 2016).

A Division for Early Childhood [DEC] (2014) recomenda que as intervenções sejam proporcionadas às crianças decorram nos seus contextos naturais de aprendizagem: casa, creche ou jardim de infância e a comunidade. Mais acrescenta que esta intervenção deve ser baseada nas rotinas e atividades diárias da criança e da família para promover a participação desta nas experiências de aprendizagem.

Depois de percebermos o que é realmente a abordagem centrada na família e em que contextos esta deve decorrer, importa agora também perceber o porquê de uma abordagem centrada na família.

Já anteriormente referimos que Guralnick (2005, citado por Furtes, 2016) identifica três razões pelos quais a participação das famílias é benéfica para a IPI. Também Carvalho et al. (2016) baseando-se no trabalho de Mahoney e MacDonald (2007), referem que existem três motivos que justificam a influência primordial dos pais no desenvolvimento da criança designadamente: em primeiro lugar porque a relação de afeto e vinculação que se estabelece entre estes não pode ser substituída; em segundo lugar, porque a aprendizagem e o desenvolvimento das crianças é um processo contínuo que pode ocorrer em qualquer momento do dia; e por fim, porque os pais são quem tem mais oportunidades para interagir e promover o desenvolvimento da crianças do que outro qualquer profissional, independentemente de terem tempo limitado devido a outras responsabilidades.

É também no Guia *“Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um Guia para Profissionais”* que Carvalho et al. (2016) respondem a esta pergunta: Para quê uma abordagem centrada na família? Os autores referem que esta abordagem serve “Para dar oportunidade às famílias de exercerem as competências que já possuem; Para promover o sentimento de competência e de autoeficácia da família; Para promover o controlo e a capacitação da família sobre as suas escolhas e ações – empowerment” (p. 91).

Por último resta responder a uma última pergunta que está relacionada com o modo de implementação da abordagem centrada na família.

Como tem vindo a ser explicado ao longo deste trabalho, a abordagem centrada na família reconhece a família como o foco de toda a intervenção da IP pois parte do pressuposto de que todas as situações que preocupam a família podem tornar-se objetivos de intervenção; as competências de cada um dos membros da família são recursos da intervenção; é fundamental reforçar as competências das famílias e

conhecimentos da família de forma a que estas possam usá-las da melhor forma; é essencial estabelecer relações de parceria com a família por forma a tornar a família mais capacitada e autónoma nas suas decisões.

Ao centrar as suas práticas na família, o profissional de IP terá de passar a desempenhar um trabalho colaborativo o qual terá implicações quer ao nível da sua formação enquanto profissional quer na aplicabilidade diária dos apoios e dos serviços (Matos e Pereira, 2011). Nesse sentido Carvalho et al. (2016) referem que, para que a intervenção seja eficaz, é fundamental que os seus objetivos e princípios estejam claramente manifestados na organização, dinâmica e práticas da equipa da ELI.

Ao longo deste trabalho fomos percebendo que a IP exige uma multiplicidade de saberes, formações e intervenções as quais se fazem conjuntamente. Desta forma existem três grandes modelos de organização e trabalho em equipa: as equipas multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares (Apolónio, Castilho, Álava, Caixa e Franco, 2000; Caldeira et al., 2017; Carvalho e Lopes, 2006; Franco, 2007). Estas têm em comum o facto da equipa ser constituída por vários profissionais de várias disciplinas (Caldeira et al., 2017; Carvalho, 2011; Carvalho e Lopes, 2006) mas diferem quanto á sua organização já que os profissionais das diferentes áreas podem atuar quer conjuntamente quer de forma individualizada com uma mesma criança (Caldeira et al., 2017; Franco, 2007).

O modelo de equipa multidisciplinar pressupõe a existência de vários técnicos de diversas áreas os quais avaliam, intervêm tendo em conta a situação e necessidades da criança procurando soluções para a situação. Contudo, cada um dos profissionais, em função da sua área, desenvolve atividades e toma decisões isoladamente sendo por isso inexistente a partilha de informação não só no que se refere à coordenação dos objetivos delineados como também sobre a avaliação. Assim as ações não são mais do que um somatório das ações individuais dos diferentes profissionais envolvidos sendo que o resultado são intervenções isoladas por áreas específicas, não existindo colaboração entre técnicos e família e conduzindo a visões fragmentadas ou, em alguns casos, contraditórias entre os profissionais (Caldeira et al., 2017; Ferreira, 2001; Franco, 2007; Neisworth e Bagnato, 1991 citados por Carvalho e Lopes, 2006). Carvalho (2011) refere que este modelo pode ser considerado como a base para a evolução dos outros dois modelos.

Por sua vez o modelo de equipa interdisciplinar é um modelo mais integrado do que o anterior pois engloba já um conjunto de trabalhos individualizados o qual resulta num plano consensual, i.e., existe uma estrutura formal de interação e de trabalho de equipa. Embora exista alguma partilha com os restantes membros da equipa, a atuação de cada profissional continua a ser planeada e executada de forma independente. Desta forma, a orientação do caso tende a representar as relações de poder entre os técnicos e não as necessidades reais da criança e da sua família (Carvalho, 2011; Ferreira, 2001; Franco, 2007; Neisworth e Bagnato, 1991 citados

por Carvalho e Lopes, 2006). Neste modelo a intervenção da família é secundária (Carvalho, 2011).

Carvalho, Filipe e Regêncio (2012) referem que, em ambos os modelos, os profissionais se ocupam apenas da sua área específica tendo uma visão isolada da criança sendo que os défices são o elemento mais destacado.

O modelo transdisciplinar é o modelo mais adequado ao trabalho em Intervenção Precoce pois não se centra na especialização dos técnicos, mas sim nas necessidades da criança e da sua família (Franco, 2007). O trabalho de equipa foi aperfeiçoado, i.e., o conceito de equipa está mais forte, estruturado e dinâmico pois existe: total corresponsabilidade de todos os membros da equipa no que diz respeito às tomadas de decisão; dinamismo de toda a equipa; suporte e partilha mútuos de informação e de conhecimento entre os membros da equipa; integração de conhecimentos e estratégias que vão muito além da formação base de cada um dos técnicos. Neisworth e Bagnato, (1991, citados por Carvalho e Lopes, 2006) referem que, neste modelo de equipa, a partilha e diluição de papéis entre os seus membros se distingue e que as fronteiras entre as diferentes disciplinas são minorizadas promovendo o consenso entre os profissionais da equipa e possibilitando à família ser parceira e principal decisora no processo. Para tal é necessário que os profissionais se coloquem numa posição de aceitação, recetividade e valorização perante o saber do outro (Caldeira et al., 2017).

Apesar de todas estas vantagens apresentadas, Carvalho et al. (2012) referem que este modelo apresenta algumas desvantagens na sua implementação designadamente: ausência de regulamentação do modelo conceptual devido às ausências de diretrizes intersectoriais mais explícitas; dificuldade de partilha por parte dos técnicos quer seja por receio de o aplicar incorretamente quer seja por insegurança; e capacidade de criar tempo em dois sentidos já que proporciona momentos de partilha, reflexão e planificação bem como permite à equipa ganhar experiência.

Ferreira (2001) acrescenta que existem vários aspetos que podem afetar o funcionamento de uma equipa nomeadamente: a falta de preparação aquando da formação inicial dos profissionais; a diferença na filosofia de base, nas perspetivas de abordagem e nos objetivos; a utilização de diferentes conceitos e terminologias; incompreensão dos papéis e das competências dos outros profissionais; a ambiguidade de papéis; os preconceitos sobre hierarquias profissionais; a ausência de suporte organizacional; os factores pessoais e interpessoais e as características do grupo.

A autora refere ainda alguns factores que podem facilitar o funcionamento de uma equipa designadamente a composição e representação da equipa, os objetivos, os papéis, a liderança e o estilo de trabalho.

Na figura 10 apresentamos um quadro comparativo dos três modelos de equipa elaborado por Ferreira (2001, p. 157).

	MULTIDISCIPLINAR	INTERDISCIPLINAR	TRANSDISCIPLINAR
Avaliação	Cada <i>membro da equipa</i> faz a sua avaliação em separado	Cada membro faz a sua avaliação em separado	Os membros da equipa, incluindo a família desenvolvem em <i>conjunto</i> uma avaliação compreensiva
Participação da Família	Cada membro reúne individualmente com a família	A família reúne com a equipa ou com o seu representante	A família participa na equipa como <i>membro activo</i>
Desenvolvimento do Plano de Intervenção	Cada membro desenvolve um plano na sua área específica	Cada membro faz o seu plano individual e informa os outros	Os membros com a família, desenvolvem um plano integrado com base: <ul style="list-style-type: none"> • nas prioridades • nas necessidades • nos recursos que foram observados
Responsabilidade no Plano de Intervenção	Cada Técnico é responsável pela sua área	Cada um é responsável por partilhar a informação com os outros e por implementar o seu plano, na sua área	A equipa designa um dos seus membros para implementar o plano, considerando-se toda a equipa responsável
Implementação do Plano de Serviços	Cada um implementa a sua área	Cada um implementa a sua área e, por vezes incorpora aspectos das outras áreas	Membro designado pela equipa para implementar em conjunto com a família, o plano global desenvolvido em equipa
Linhas de Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> • Encontros Informais • Registos Escritos 	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniões periódicas • Registos Escritos 	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniões estruturadas Para partilhar informação e transferir conhecimentos e competências • Registos escritos
Filosofia de Base	Os membros reconhecem valor à contribuição das outras disciplinas	Os membros reconhecem o interesse em partilhar a informação de todas as áreas e responsabilizam-se por prestar a sua parte dos serviços do plano global	Todos os membros da equipa se comprometem a ensinar, a aprender e a trabalhar em conjunto para implementar um plano único ultrapassando os limites da sua área específica
Desenvolvimento dos Técnicos	Independente e limitado à sua área	Independente tanto na sua área como nas outras	A aprendizagem transdisciplinar é um componente integrante deste modelo

Figura 10: Modelos de equipa

Fonte: Ferreira, M. (2011) In C. Louro (Coord.) *Acção Social na Deficiência*. Lisboa: Universidade Aberta (2011, p. 157)

Por forma a uniformizar os princípios e normas pelas quais o profissional de Intervenção Precoce se deve pautar, a Direção Geral de Saúde (DGS) emitiu um documento de referência para a IP denominado “Código de Ética do Profissional de IP” (Direção Geral de Saúde, s/d). Neste são identificadas cinco dimensões relacionadas com a relação do profissional de IP com a criança, com as famílias/prestadores de cuidados, com a comunidade, com a equipa na qual está integrado e consigo mesmo. Por isso Santos (2007) definiu como eixos estruturais da profissionalidade IP: a Natureza (da atividade), o Saber (para exercer), o Poder (da decisão sobre a ação) e a Reflexividade (sobre a ação).

Desta forma, Almeida (2004) defende que devem ser mobilizados diversos recursos e parceiros os quais devem colaborar, em estreita ligação, com a família, os profissionais das diferentes especialidades, os serviços dos diferentes setores e os diversos recursos da comunidade.

O mediador de caso, também designado por responsável de caso, gestor de caso ou coordenador de caso, é o responsável pela articulação e implementação do plano de intervenção enquanto que o resto da equipa presta apoio na retaguarda (Carvalho et al., 2016). Deve por isso possuir determinadas características nomeadamente ser um bom ouvinte, criar e expressar empatia, estar disponível, permitir que as decisões sejam tomadas pela família e ser capaz de conduzir a intervenção (Almeida, 2000a; Cruz et al, 2003; McWilliam, 2003; Ruivo e Almeida, 2002). Além disso deve conhecer totalmente as rotinas familiares por forma a rentabilizar esse conhecimento em benefício das crianças e das suas famílias (Rodrigues et al., 2017).

Referindo-se ao caso concreto do educador de infância na área da IP, Milheiriço e Seixas (2016) referem que muitas vezes estes se deparam com situações complexas as quais exigem deste algumas tomadas de decisão difíceis que implicam a gestão das dimensões éticas e afetivas.

Gronita et al (2011) acrescentam ainda que, para que as respostas às famílias sejam adequadas, são necessárias como condições indispensáveis: a formação especializada e adequada aos técnicos bem como a sua integração em equipas pluridisciplinares as quais devem ter apoio e supervisão regular e continuada garantindo a formação em serviço.

Fuertes (2017) vai mais longe e defende que neste processo em que a família tem um papel simultâneo de alvo e agente de intervenção e que lhe são exigidas novas capacidades (tempo, motivação, conhecimento, implicação, resiliência, sensibilidade parental e condições económicas) é necessário que a mudança ocorra primeiramente no profissional.

2.3. Intervenção Precoce em Espanha

2.3.1. Evolução Histórica da Intervenção Precoce

Apesar dos Serviços de Intervenção Precoce não terem uma longa história em Espanha, consideramos importante referir que alguns especialistas portugueses na área da IP, como Pimentel (2005) e Gronita (2014), realçam o caso espanhol. Para além disso Serrano et al. (2016) também salientam o contributo de alguns colaboradores internacionais designadamente Robin McWilliam, especialista americano, e Ana Serrano, especialista portuguesa, ao longo dos últimos anos, para a familiarização dos profissionais da área com os modelos de 3ª Geração.

Em Espanha a Intervenção Precoce recebe a designação de *Atención Temprana* doravante designada de AT. Mas apesar do conceito de ser algo bastante recente

(Cuevas e Veerman, 2012; Ponte, 2003; Robles-Bello e Sánchez-Teruel, 2013) consideramos importante referir alguns factores que levaram ao seu aparecimento já que, à semelhança do nosso país, as origens e evolução da AT em Espanha têm uma curta trajetória, sendo que o seu início tem origem nos anos 70 (Cuevas e Veerman, 2012; Ponte, 2003; Robles-Bello e Sánchez-Teruel, 2013) e está intimamente ligado à evolução da sociedade e ao percurso histórico-social da Educação Especial, como veremos de seguida.

Contudo, Villegas (2011) defende que além da Educação Especial outros três campos contribuíram para a evolução da *Atención Temprana* designadamente a educação infantil, os serviços de saúde materno-infantil e a investigação na áreas do desenvolvimento infantil. Os contributos de cada um destes campos serão analisados paralelamente à evolução histórica da Educação Especial.

Fazemos por isso uma pequena retrospectiva acerca da evolução histórica da Educação Especial para que, posteriormente, possamos compreender melhor como foi o percurso da *Atención Temprana* em Espanha.

Comparativamente ao caso português, também em Espanha podemos encontrar quatro modelos distintos relativos à forma de atendimento aos jovens com deficiência. Segundo Rubio (2017) a Educação Especial passou por quatro fases: a da exclusão, em que se considera que os jovens com deficiência não tinham qualquer direito a ser educados; a fase de segregação ou separação que, tal como o nome indica, consistia em separar as crianças com deficiência das crianças ditas normais; a fase de integração, em que os alunos com deficiência apesar de estarem integrados nas escolas regulares recebem apoios fora do contexto de sala; e por último a fase de inclusão, em que o aluno está sempre na aula e é aí que recebe os apoios conjuntamente com os seus colegas de turma, independentemente das suas diferenças. Por sua vez, Noriega (2012) apenas se refere às três primeiras fases que Rubio (2017) menciona, provavelmente pelo facto do ano da publicação do seu estudo (2012) corresponder ainda a um período essencialmente marcado pelo modelo da integração.

Castaño (2009 citado por Rubio, 2017) situa o início deste longo percurso na Idade Média, altura em que as pessoas com deficiência física, psíquica e sensorial eram tratadas como loucas ou criminosas. De acordo com o autor até a esta data estas pessoas eram simplesmente eliminadas da sociedade pelo que tratá-las como loucas era um grande avanço.

Pérez (2011), por sua vez, refere que as primeiras referências conhecidas na Espanha sobre Educação Especial datam do século XVI e estão relacionadas com a educação dos surdos. Ao longo de vários séculos não se registaram mudanças na educação especial à exceção dos contributos de Lorenzo Hervás e Panduro (1735-1809) e a criação do *Instituto de Sordomudos*, em 1786 (Gascón e Storch, 2004 citados por Pérez, 2011).

De acordo com Noriega (2012), até aos finais do século XIX, as pessoas com deficiência ou em situação de inadaptação eram excluídas das práticas educativas sendo consideradas incapazes. Apesar do período ser de exclusão educativa, Noriega (2012), Pérez (2011) e Rubio (2017) reconhecem alguns avanços pois, no início do século XIX, surgem as primeiras escolas para surdos-mudos. Assim, em 1800, surge a primeira escola em Barcelona e dois anos mais tarde surge, em Madrid, a *Real Escuela de Sordomudos*, impulsionada pela *Real Sociedad Económica de Amigos del País*. Posteriormente surge uma escola para cegos, apoiada por esta mesma instituição funcionando, em 1836, anexada à escola de surdos-mudos.

España (2002 citado por Pérez, 2011) acrescenta que apesar do Sistema Braille ter sido introduzido em 1840, pelo professor Jaime Bruno Berenguer, este só, em 1918, passou a ser oficialmente usado como método de leitura e escrita em Espanha.

De acordo com Pérez (2011) e Rubio (2017) a primeira lei educacional que regulamenta todo o sistema de educação espanhol de maneira integral é a *Ley de la Instrucción Pública de 1857*, conhecida como *Ley Moyano*. Assim no artigo 6º deste normativo pode ler-se que “L enseñanza se dará, con las modificaciones convenientes, a los sordomudos y ciegos en los establecimientos especiales” (sem página). O artigo 108º refere que o Governo promoverá o ensino “para los sordo-mudos y ciegos, procurando que haya por lo menos una Escuela de esta clase en cada Distrito universitario, y que en las públicas de niños se atienda, en cuanto sea posible, a la educación de aquellos desgraciados” (sem página). Contudo, este normativo além de se referir, no artigo 108º, a estas crianças como “aquellos desgraciados” apenas se referia aos cegos e surdos-mudos deixando à margem do sistema educativo todas as outras deficiências (Noriega, 2012; Pérez, 2011).

Em 1875, rompendo com os esquemas e estereótipos sobre a educação dos deficientes, foi criado o Colégio Especial em Madrid, pioneiro no atendimento à deficiência (Cerezo, 2003 citado por Pérez, 2011).

É no início do século XX que se começa a dar especial atenção às pessoas que apresentavam algum tipo de deficiência (Robles-Bello e Sánchez-Teruel, 2013). Mais concretamente, em 1907, foi fundado, em Madrid, o Instituto Psiquiátrico Pedagógico para crianças com “atraso mental”. Posteriormente, em Barcelona, no ano de 1911, foi fundada a *Sociedad para el estudio y protección de los niños mentalmente anormales y de su educación especial* (Pérez, 2011).

Destacamos ainda que no ano anterior tinha sido publicado o *Real Decreto de 22 de enero de 1910*, que criou o *Patronato Nacional de Sordomudos, Ciegos y Anormales*. Este tinha um papel particularmente consultivo e era responsável por informar o Ministério da Instrução Pública e Artes acerca de tudo o que estava relacionado com a “protección higiénica, pedagógica y social de las personas privadas de la palabra, de la vista o del funcionamiento normal de sus facultades mentales” (Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, 1991, p. 11).

Este documento foi posteriormente reorganizado pelo *Real Decreto de 24 de abril de 1914*, passando a designar-se de *Patronato Nacional de Anormales* tendo-lhe sido atribuídos maiores poderes executivos. Contudo, em 1916, o *Real Decreto de 10 de marzo de 1916* revogou esta organização e retomou a anteriormente criada em 1910. No ano seguinte o *Patronato Nacional de Sordomudos, Ciegos y Anormales* foi dividido em duas seções: uma de surdos mudos e outra de “anormais”. Em 1917, através da publicação do *Real Decreto de 25 de agosto de 1917*, este passou a estar dividido em três seções: uma de surdos, outra de cegos e uma outra de pessoas com deficiência mental seguindo a tendência de especialização (Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, 1991). Apesar destas mudanças somente em 1917 surgiram, em Madrid e Barcelona, as primeiras escolas especiais para anormais, denominação usada na altura para designar as pessoas com dificuldades intelectuais (Aguado, 1995 citado por Noriega, 2012).

Puelles (2002, citado por Pérez, 2011) refere que com a guerra civil e o governo ditatorial de Franco que se instalou em Espanha, os profissionais e grupos pedagógicos inovadores desapareceram e os avanços científicos e pedagógicos experimentados até então ficaram incompletos, fazendo com que a Educação entrasse em declínio.

Foi durante a II República, que foi publicado o *Decreto de 3 de abril de 1934*, que legislou a criação do *Patronato Nacional de Cultura de los Deficientes*, ao qual estavam afetos todos os centros ou instituições oficiais que se destinavam à educação de pessoas com incapacidade (Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, 1991).

Alguns anos mais tarde, em 1953, constitui-se, através do *Decreto de 6 de marzo*, o *Patronato de Educación para la Infancia Anormal* que tinha como fins a seleção, classificação e educação. Esta foi uma primeira tentativa de coordenação entre Ministério da Educação com o Governo e com a Justiça (Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, 1991).

Dois anos mais tarde, em 1955, a *Ley de 14 de abril*, criou o *Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica*. Já no final desse mesmo ano, foi instituído, através do *Decreto de 9 de diciembre*, o *Patronato de Educación Especial*, posteriormente regulado por um novo decreto, o *Decreto de 23 de septiembre de 1965* (Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, 1991).

Importa também salientar que a partir dos anos 60, a Educação Especial em Espanha passa a ser um dos objetos de atenção do movimento associativo que então surgia (Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, 1991) tendo surgido nesta altura, de acordo com Seco et al., (1997), dois serviços: o *Servicio Social de Asistencia a los Menores Subnormales (Decreto 2421/1968, de 20 de septiembre. BOE de 7 de octubre)* e o *Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos (Decreto 2531/1970, de 22 de agosto. BOE de 15 de septiembre)*.

Fruto de uma ditadura enfraquecida e já em fase final avizinham-se mudanças sociopolíticas (Núñez e Silva, 2014) nomeadamente a pressão social dos movimentos associativos à Administração Pública (Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, 1991). Surgiu, em 1970, a *Ley General de Educación y Financiación de la Reforma Educativa*, a qual estabelecia o direito de todos, inclusive as pessoas com deficiência, à educação permitindo que a Educação Especial desse um grande avanço (Marín e Pendi, 2013; Núñez e Silva, 2014; Pérez, 2011; Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, 1991; Rubio, 2017) pois estendeu a escolaridade obrigatória e única para todos os alunos até aos catorze anos implicando por isso o aumento do número de escolas nas diversas áreas do território e a conseqüente redução da discriminação educacional que se verificava nas zonas rurais (Núñez e Silva, 2014).

Este normativo no seu Capítulo VII faz alusão à Educação Especial, mais concretamente nos artigos 49º até 53º. No ponto 1 do artigo 49º refere que a finalidade da Educação Especial é “preparar, mediante el tratamiento educativo adecuado, a todos los deficientes e inadaptados para una incorporación a la vida social tan plena como sea posible en cada caso según sus condiciones” (Ley General de Educación y Financiación de la Reforma Educativa, p. 12532). Mas este não se refere apenas à preparação para a vida social como também para o mercado de trabalho “y a un sistema de trabajo en todos los casos posibles, que les permita servirse a sí mismos y sentirse útiles a la sociedad” (p. 12532). No ponto dois desse mesmo artigo refere ainda que “Se prestará una atención especial a los escolares superdotados para el debido desarrollo de sus aptitudes en beneficio de la sociedad y de sí mismos” (Ley General de Educación y Financiación de la Reforma Educativa, p. 12532).

Enquanto que o artigo 50º se refere aos meios e diagnóstico dos alunos, o artigo 51º refere que a educação dos deficientes profundos “se llevará a cabo en centros especiales” (p. 12532) enquanto que indica que os deficientes leves sejam integrados em “unidades de educación especial en Centros docentes de régimen ordinario” (Ley General de Educación y Financiación de la Reforma Educativa, p. 12532).

No artigo 52º são estabelecidos os objetivos, estruturas, duração, programas e limite da Educação Especial;

Por último, o artigo 53º refere-se aos alunos sobredotados o qual indica que “La educación de los alumnos superdotados se desarrollará en los centros docentes de régimen ordinario, pero se procurará que su programa de trabajo, utilizando métodos de enseñanza individualizada, les facilite, una vez alcanzados los niveles comunes, obtener el provecho que les permitan sus mayores posibilidades intelectuales (Ley General de Educación y Financiación de la Reforma Educativa, p. 12532).

Diversos autores referem vários aspetos relativos a este novo normativo que nos parece importante salientar. O primeiro é que este, ao organizar e estabelecer pela primeira vez a Educação Especial, fez com que a educação destes alunos deixasse de

ter um caráter assistencial e marginal em instituições sem nenhuma legislação (Noriega, 2012; Rubio, 2017). Em segundo lugar organizou a Educação Especial como um sistema paralelo ao normal pois estava centrado em colégios ou unidades de educação especial (Pérez, 2011; Rubio, 2017) sendo regido por normas próprias e por um currículo específico (Pérez, 2011). Podemos por isso referir que esta era uma fase de segregação que veio a criar alguns problemas até então desconhecidos. Em primeiro lugar, o ingresso na escola das crianças com deficiência implicava um estudo prévio não só sobre o seu diagnóstico como também sobre a prática educativa ou ensino específico que deveriam receber. Por outro lado, na prática, apenas os deficientes menos afetados que não conseguiam acompanhar a educação comum tinham acesso a esse sistema, já que a escolaridade não era obrigatória (Pérez, 2011).

Segundo a mesma autora é também no decorrer de 1970 que foi publicada a *Orden Ministerial de 30 de noviembre de 1970*, a qual regulava a formação dos professores e criou o título de professor de Educação Especial.

Marín e Pendi (2013) defendem que a transformação que ocorreu na Educação Especial com a publicação desta lei levou, posteriormente, à publicação de outras leis na área da educação nomeadamente a *Ley de Integración Social de los Minusválidos*, o *Real Decreto de Ordenación de la Educación Especial*, o *Real Decreto sobre Nueva Ordenación de la Educación Especial*, a *Ley Orgánica General del Sistema Educativo*, a *Ley Orgánica de Calidad de la Educación* e a *Ley Orgánica de Educación*. Estas serão abordadas ao longo desta breve evolução histórica.

Surgem também, de acordo com Cuevas e Veerman (2012) e Seco et al. (1997), as ajudas individuais através do *Plan de Acciones de Recuperación para Minusválidos Psíquicos* del Servicio Estatal de Rehabilitación de Minusválidos, criado por *Decreto 2531/1970, de 22 de agosto* (Arizcun, Gútiez, e Ruiz, 2006).

De acordo com Seco et al. (1997), em 1974, foi celebrada a *Conferencia MINUSVAL-74*, a qual foi decisiva para a configuração de um sistema de prevenção das deficiências. Assim foi criada, em 8 de fevereiro de 1974, a *Comisión Interministerial para la Integración Social de los Minusválidos*.

Os autores referem ainda que neste mesmo ano surge o *Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos* (SEREM), resultante da fusão entre o *Servicio Social de Asistencia a los Menores Subnormales* e o *Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos* (*Decreto 731/1974, de 21 de febrero, BOE de 20 de marzo*).

Pouco a pouco a Educação Especial foi ganhando importância. Em 1975, através do *Decreto 1151/75, de 23 de mayo*, foi criado o *Instituto Nacional de Educación Especial*, com o objetivo de progressivamente estender e aperfeiçoar o sistema de Educação Especial concebendo-o como um processo formativo integrador das distintas orientações, atividades e intervenções pedagógicas e reabilitadoras (Noriega, 2012; Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, 1991). Na definição das suas funções, uma delas está relacionada com a

deteção precoce o que revela já alguma sensibilidade a esta temática. Assim no ponto 5 do 2º artigo do *Decreto 1151/75* pode ler-se que uma das suas funções consiste em “Promover e impulsar, en el ámbito de su competencia, la investigación en estas materias, así como la prevención, detección precoz y orientación adecuadas” (p. 11770).

Já no final deste ano o SEREM aprovou o primeiro *Plan de Ayudas para la Asistencia a Minusválidos Psíquicos* para 1976, no qual estavam regulados pela primeira vez ajudas institucionais no sentido de prevenir situações que não se encontram dentro dos parâmetros da normalidade através de estudos das anomalias cromossómicas e da investigação dos factores perinatais que causam situações abaixo da normalidade (Seco et al., 1997).

No ano seguinte, foi criado, através do *Decreto 1023/1976*, de 9 de abril, o *Real Patronato de Educación Especial*, uma importante instituição de âmbito estatal cujo objetivo era promover a prevenção e atendimento das deficiências. Foi criado com o objetivo de “impulsar la Educación Especial regulada en los artículos cuarenta y nueve y siguientes de la Ley General de Educación” (Artigo 2º, p. 9017). Além deste, um outro objetivo do *Real Patronato* é “coordinar todas las actividades relacionadas con la educación de los deficientes psíquicos o físicos y establecer los oportunos cauces de colaboración entre la iniciativa pública y privada” (Artigo 2º, p. 9017).

Esta instituição criou, ainda no decorrer deste ano, o *Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad* (Contreras, Ruiz, G. e Burgos, 2011), um grupo de trabalho cujo âmbito de atuação das suas primeiras apresentações foram direcionadas para a prevenção e não para a educação especial; e, em 1978, o *Plan Nacional de Educación Especial*, o qual se baseia em quatro princípios defendidos no *Warnock Report* publicado em 1978, no Reino Unido (Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, 1991). De acordo com Núñez e Silva (2014) os ecos dos movimentos integracionistas dos países nórdicos começavam a ecoar numa Espanha que anteriormente, durante a República Espanhola (1931-1936), se abria à Europa e que durante a ditadura espanhola (1940-1977) lhe havia voltado as costas.

Reflexo da mudança democrática que ocorreu na Espanha, foi promulgada em 1978, a *Constituição Espanhola*, a qual no seu artigo 27º refere que a Educação é um direito de todos.

Ainda em 1978, através do *Real Decreto de 21 de septiembre*, ocorrem várias mudanças no *Real Patronato de Educación Especial*. Uma delas está relacionada com a sua denominação que passou a designar-se de *Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes*. A outra está relacionada com as suas funções que eram mais amplas do que as do seu antecedente (Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, 1991).

Noriega (2012) refere que a educação das pessoas com deficiência durante estes anos ficou marcada pela insuficiente rede de centros de Educação Especial, pelo forte carácter médico e pela ausência total de integração escolar.

Em 1981, Ano Internacional das Pessoas com Deficiência, o trabalho do *Real Patronato* é reconhecido ao organizar, conjuntamente com as Nações Unidas, a conferência mundial que decorreu, em novembro desse mesmo ano, na cidade de Torremolinos, na qual participaram cento e três países, treze organizações internacionais e 15 organizações não governamentais. Nela foi aprovada a *Declaración Sundberg*, sobre os direitos das pessoas com deficiência que veio a constituir-se como um precedente do *Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad* (Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, 1991).

Em 1982 é promulgada a *Ley de Integración de los Minusválidos* [LISMI] (Ley 131/1982). Este normativo foi um ponto de partida para uma mudança de mentalidade da sociedade no que respeita à integração laboral das pessoas com deficiência, mas também sobre questões educativas (Pérez, 2011; Rubio, 2017). De acordo com Noriega (2012) esta foi inspirada na *Declaración de Derechos del Retrasado Mental*, promulgada pela ONU, em 1971, e na *Declaración de Derechos del Impedido*, publicada em 1975.

Este documento legislativo mereceu reconhecidos elogios, mas também algumas críticas por parte de alguns especialistas. Seco et al. (1997) apontam dois aspetos positivos a este normativo nomeadamente o facto deste normativo ter um título específico, o Título III, referente à prevenção de deficiências, e o facto do Estado e da sociedade serem obrigados a prevenir as deficiências. Contudo, os autores apresentam algumas críticas ao normativo em questão. A primeira está relacionada com o facto de este centrar a prevenção das deficiências nas áreas da saúde e dos serviços sociais deixando de lado outras áreas como a educação. Outra crítica está relacionada com o 9º artigo o qual obriga o Governo a preparar um projeto-lei em que são fixados os princípios e normas básicas de ordenação e coordenação no que diz respeito à prevenção de incapacidades. Contudo, Seco et al. (1997) referem que apesar de parecer ser básico, é na natureza desse conteúdo que reside, precisamente, a complexidade.

Nesse mesmo ano foi publicado o *Real Decreto de 15 de outubro de 1982*, sobre o Regulamento da Educação Especial, o qual sintetizava os pontos básicos sobre como a Educação Especial deveria ser dirigida. No entanto, este rapidamente foi revogado pois a falta de coerência entre teoria e prática levou à promulgação da *Orden Ministerial de 20 de março de 1985*. A publicação do *Real Decreto de Ordenación de la Educación Especial de 6 de marzo de 1985* veio a constituir-se como referência para a organização da Educação Especial (Núñez e Silva, 2014; Pérez, 2011). Sucessivamente, o *Real Decreto 334/1985 de Ordenación de la Educación Especial* estabeleceu outro marco nesta área já que estabelecia que o currículo de Educação Especial devia basear-se no currículo normal devendo-se fazer as devidas diferenças individuais (Pérez, 2011). Pode então perceber-se que surgem novas formas de atendimento: o modelo de segregação que até então se verificava dá lugar ao modelo de integração, agora legislado pelo *Real Decreto 334/1985 de Ordenación de la Educación Especial*.

Rubio (2017) refere que este normativo serviu de base para uma abordagem mais inclusiva, que se veio a concretizar com a publicação *Ley Orgánica de 3 de octubre de 1990, de Ordenación General del Sistema Educativo* (LOGSE).

Provocando uma autêntica reforma do sistema educativo, esta legislação veio dar lugar à integração pois estabeleceu a escolaridade obrigatória até aos dezasseis anos (Rubio, 2017), criou um só sistema educativo onde todos os alunos passavam a estar inseridos e somente em casos excecionais em que a escola regular não conseguisse dar resposta ao aluno estes frequentariam escolas especiais, introduzia pela primeira vez o conceito de NEE (Noriega, 2012; Rubio, 2017). Este conceito veio a reiterar-se, de acordo com Rubio (2017) na Declaração de Salamanca publicada em 1994.

De acordo com Núñez e Silva (2014) a LOGSE aborda principalmente dois eixos: a educação compreensiva pois estendeu em dois anos a escolaridade obrigatória e consequentemente a intensificação dos apoios à diversidade pois estes alunos passam a frequentar o ensino secundário.

É ainda no final dos anos 80 que novas reformulações ocorrem no Real Patronato. Em 1986, o *Real Decreto 1475/1986, de 11 de julio*, reestrutura o Real Patronato passando a denominar-se de *Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía*. Passados alguns anos a promulgação da *Ley 14/2000, de 29 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social*, mais precisamente no ponto 1 do artigo 57º, cria como organismo público o atual *Real Patronato sobre Discapacidad* que veio suceder ao anterior (Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, 1991).

Atualmente o *Real Patronato sobre Discapacidad* tem várias funções as quais estão descritas no normativo anteriormente citado. No ponto 2 do artigo 57º pode ler-se que uma das suas funções passa por “Promover la aplicación de los ideales humanísticos, los conocimientos científicos y los desarrollos técnicos al perfeccionamiento de las acciones públicas y privadas sobre discapacidad” (Ley 14/2000, p. 46683) em quatro campos designadamente no da prevenção de deficiências, das disciplinas e especialidades relacionadas com o diagnóstico, da reabilitação e inserção social, da igualdade de oportunidades e da assistência e tutela. Uma outra função prende-se com “Facilitar, dentro del ámbito definido en el apartado anterior, el intercambio y la colaboración entre las distintas Administraciones públicas, así como entre éstas y el sector privado, tanto en el plano nacional como en el internacional” (Ley 14/2000, p. 46683). As duas outras funções estão relacionadas com “Prestar apoyos a organismos, entidades, especialistas y promotores en materia de estudios, investigación y desarrollo, información, documentación y formación” (...) Emitir dictámenes técnicos y recomendaciones sobre las materias propias de su ámbito de actuación” (Ley 14/2000, p. 46683).

De acordo com Noriega (2012) e Rubio (2017) a aprovação do *Decreto Real 696/1995, de 28 de abril*, Ordenación de la Educación de los Alumnos con Necesidades Educativas Especiales veio permitir dar especial destaque a estes alunos no que diz

respeito à perspectiva da diversidade. Nesse mesmo ano foi também aprovada a *Ley Orgánica de la Participación, la Evaluación y el Gobierno de los Centros Docentes – LOPEG*, a qual define o conceito de aluno com NEE.

Rubio (2017) acrescenta ainda que, em 2002, foi promulgada a *Ley de Calidad de la Educación –LOCE*, mas que esta acabou por não ser aplicada e que por isso, em maio de 2006, um novo normativo foi publicado, *Ley Orgánica de la Educación –LOE*. Segundo Núñez e Silva (2014) e Rubio (2017) este novo normativo dá um grande impulso definitivo para a educação inclusiva.

A publicação da *Ley 26/2011 de 1 de agosto*, é, de acordo com Rubio (2017), uma tentativa de adaptação à Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Contudo, o autor refere que este novo normativo, ainda que se refira a mudanças na realidade social, não faz qualquer alusão à educação.

Mais recentemente, em 2013, foi aprovada a *Ley de Educación para la Mejora de la Calidad Educativa –LOMCE*, a qual, de acordo com Rubio (2017), não introduz novidades significativas no que diz respeito à inclusão já que se baseia na legislação anterior e as novas recomendações que faz são baseadas nas recomendações da OCDE. A sua promulgação chegou mesmo, segundo Núñez e Silva (2014), a provocar uma ampla oposição política e social e duas greves gerais.

Feita esta breve retrospectiva da evolução histórica da Educação Especial em Espanha e da importância do *Real Patronato* na qual pudemos perceber como, ao longo dos anos, foi prestado o apoio às pessoas com incapacidades, passamos de seguida a referir-nos ao caso específico da *Atención Temprana*. De acordo com Candel (1993) e Gil (2001a) as raízes e bases teóricas da AT remontam aos anos 50, data em que vários factores permitiram uma mudança de mentalidade na sociedade.

De acordo com Vitoria (2011) a evolução desta disciplina é complexa, uma vez que começou num contexto multidisciplinar (psicanálise, teoria da vinculação, psicologia evolutiva, neurobiologia do desenvolvimento ...) e está relacionada com a evolução da ciência em disciplinas como a Neurologia, Pedagogia e Psicologia tendo sido implementada em áreas muito diversas (centros de educação especial, serviços pediátricos, departamentos de reabilitação infantil). A autora, além de destacar os trabalhos de Gesell (1928), Piaget (1954), Spitz (1965), Vigotsky (1930), Hunt (1971) e Wallon (1972) no que se refere à importância das relações sociais e a sua influência na mudança conceptual da infância, também destaca que factores sociais e económicos levaram ao aparecimento de instituições destinadas à primeira infância.

Meisels e Shonkoff (2000) referem que as raízes históricas se devem não só à progressiva importância que Comenius, Locke ou Rousseau foram dando à educação infantil bem como à importância que, a partir de 1800, foi sendo dada às creches e escolas para crianças de Maria Montessori e dos serviços de saúde materno-infantil. Referem também o papel pioneiro de Seguin, na Educação Especial, que, já em meados do século XIX, abordava a questão da AT.

O especialista Isidoro Candel Gil salienta a influência das teorias que defendiam a importância do meio ambiente para o desenvolvimento da criança como os de Watson e outros behavioristas e posteriormente as teorias de Sameroff e Chandler e Bronfenbrenner. Evidencia ainda a difusão de trabalhos com orientação psicanalítica destacando os trabalhos de Spitz nos estudos acerca dos efeitos da institucionalização no desenvolvimento cognitivo e socio emocional de crianças e os de Bowlby que realçam a importância da relação mãe-filho no desenvolvimento saudável da criança (Candel, 1993; Gil, 2001a).

Os resultados dos trabalhos experimentais nas áreas da neurologia que evidenciavam um certo nível de plasticidade no sistema nervoso central também são salientados pelo autor. Partindo do princípio que é possível modificar funcional e estruturalmente o cérebro, através do treino e estimulação sensorial, começa-se nesta altura a observar as pessoas com incapacidades de uma outra forma (Gil, 2001a, 2005).

Tal como pudemos perceber anteriormente a evolução da AT em muito se deve às mudanças que sucederam ao nível das atitudes e práticas da Educação Especial (Seco, 1997). De acordo com Abellán, Rodríguez e Frutos (2010), Clínica sobre Discapacidad del Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas (2018), Cuevas e Veerman (2012), Grupo de Trabajo de Prevención Y Atención Al Desarrollo Infantil [PADI] (1995), Gútiez (2010), Pérez-Ruiz (2015), Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía (1991), Viloría (2011), estas mudanças decorreram da adoção de vários regulamentos internacionais os quais iremos discriminar mais á frente.

De acordo com Gútiez (2005, citado por Viloría, 2011) a AT foi influenciada ao longo dos anos por cinco modelos: o modelo comportamental, que surgiu entre 1970 e 1980, e que explica que o comportamento pode ser alterado com a aplicação dos princípios da psicologia da aprendizagem; o modelo clínico-reabilitador, que surgiu nos serviços de saúde mais concretamente nos serviços de reabilitação, pediatria e maternidades, que se centra no conceito de doença; o modelo psicopedagógico, usado pelo *Instituto Nacional de Servicios Sociales* (INSERSO) na década de 90, o qual surgiu como crítica ao modelo anterior e com base em modelos já experimentados mostrando a importância de uma intervenção dirigida não só à criança mas também à família e à comunidade; o modelo Ecológico de Bronfenbrenner; o modelo Transaccional de Sameroff e Chandler; e o modelo de Feuerstein.

Redruello e Viloría (2004) defendem que nos finais dos anos 70 decorreram inúmeras mudanças no país ao nível social, político e económico designadamente o aparecimento de novas políticas de bem-estar social, alterações na família nuclear tradicional, a integração da mulher no mercado de trabalho e uma maior consciencialização no que diz respeito à intervenção com crianças com dificuldades desenvolvimentais. Todas estas mudanças na sociedade espanhola desencadearam uma nova forma de perspetivar a intervenção com estas crianças.

Assim a *Atención Temprana* surgiu em Espanha como *Estimulación Precoz* através de vários autores embora com pontos de vista diferentes (Viloria, 2011). Trata-se de uma disciplina que ainda hoje se vem consolidando como tal e cuja origem se pode encontrar na celebração do *Curso breve teórico-prático de Estimulación Precoz para niños de cinco años* celebrado em 1973 na Escola de Fisioterapia de Madrid (Contreras et al., 2011; Cuevas e Veerman, 2012; Fariñas, 2011; Robles-Bello e Sánchez-Teruel, 2013; Seco et al., 1997). Este foi organizado pela Dra. Carmen Gayarre, depois da proximidade desta com as experiências de estimulação precoce em alguns países como Estados Unidos, Canadá, Argentina e Uruguai. Fruto de uma inquietude profissional, pessoal e não institucionalizada nas áreas da Psicopedagogia (psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem) e da Saúde (neurologia evolutiva, neonatologia, reabilitação), este curso surgiu de uma inequívoca atuação interdisciplinar e continuou nos dois anos seguintes sempre com a colaboração de especialistas estrangeiros (Contreras et al., 2011; Seco et al., 1997; Viloria, 2011). Como resultado destes, surgiu, de acordo com Contreras et al. (2011) e Seco et al. (1997), na Maternidade de Santa Cristina de Madrid, a primeira unidade de Estimulação Precoce. Contudo, Viloria (2011) refere que foi na clínica da Universidade de Navarra que surgiu a primeira unidade de Estimulação Precoce.

Durante os anos 70, o SEREM era a entidade responsável pelos serviços de apoio aos deficientes e o *Instituto de Pedagogía Terapéutica del Ministerio de Educación* era o órgão especializado na educação de alunos com deficiência (Fariñas, 2011).

Para além destes cursos, Seco et al. (1997) também realçam a atuação do *Instituto Internacional para la Investigación y Asesoramiento sobre la Deficiencia Mental* (IAMER) que, em maio de 1979, organizou, na cidade de Madrid, as Jornadas Internacionais sobre Estimulação Precoce, em colaboração com o *Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos*. Sánchez-Caravaca e Gil (2012) referem que a partir de então cada Comunidade Autónoma foi desenvolvendo um modo de atuação particular que, na maioria das vezes, dava resposta aos problemas mais imediatos.

O conceito de AT, influenciado pelas mudanças conceptuais, foi ao longo dos tempos evoluindo. Por influência de Lydia Coriat, uma especialista argentina da área, o termo “precoz” foi substituído pelo conceito “temprana” passando esta a denominar-se de “*Estimulación Temprana*”. Mais tarde o *Instituto Nacional de Servicios Sociales* une os conceitos de *Estimulación Precoz* e *Atención Temprana* num só passando a designar-se de “*Atención Precoz*”. Posteriormente, esta passou a designar-se de *Atención Temprana* (Viloria, 2011).

Tal como a maioria dos processos similares, a AT começou em centros privados ou associações de pais cujos filhos apresentavam deficiências ou determinadas incapacidades (Contreras et al., 2011; Coriat, 1997; Fariñas (2011); Seco et al., 1997). Tratava-se de um modelo clínico (Robles-Bello e Sánchez-Teruel, 2013) e assistencial já que prestava serviços de assistência, reabilitação e terapias de tipo compensatório

a pessoas com incapacidade (Pons, 2007; Viloría, 2011), mas que depressa evoluiu para o conceito de AT passando para ações de caráter preventivo, coordenado, global e interdisciplinar (Fariñas, 2011; Pons, 2007; Viloría, 2011).

Com a forte convicção de que as crianças com deficits podem integrar-se perfeitamente na sociedade e ter uma vida normal desde que recebam o apoio específico e necessário começa-se a trabalhar numa perspetiva multidisciplinar. Percebe-se então que não se trata de tentar evitar que esses *deficits* interfiram na vida da criança mas sim evitar o seu aparecimento ou atuar sobre os factores biológicos ou situações de privação socio ambiental que possam provocar o aparecimento destes *deficits* (Robles-Bello e Sánchez-Teruel, 2013). A comprovada eficácia destes programas aliada à iniciativa e persistência das associações de pais levaram à doação de diferentes subsídios institucionais destinados à criação de centros de estimulação (Cuevas e Veerman, 2012; Seco et al., 1997).

Posteriormente foram publicados outros dois documentos legislativos relacionados com Estimulação Precoce: o *Real Decreto 620/1981*, de 5 de febrero, sobre Régimen Unificado de Ayudas Públicas a Disminuidos; e a *Orden de 5 de marzo de 1982* de desarrollo del citado Real Decreto, os quais continuaram a contemplar explicitamente a estimulação precoce como uma modalidade de ajudas individuais de reabilitação orientada para crianças dos 0 aos 5 anos de idade (Seco et al., 1997). O artigo 11º do *Real Decreto 620/1981*, refere que a finalidade da estimulação precoce é “evitar el proceso degenerativo y a potenciar el desarrollo de las capacidades físicas, psíquicas o sensoriales del disminuido a través de las técnicas adecuadas” (p. 7398). Acrescenta ainda que os tratamentos podem decorrer “en el medio familiar, con la orientación precisa, o en Instituciones especializadas” (p. 7398).

É também nesta altura que a criança passa a ser vista como o resultado de um complexo processo de interações entre o organismo e o ambiente. Tal mudança deve-se à influência de alguns modelos teóricos aplicados pela Psicologia, mais concretamente o modelo transaccional e o modelo ecológico e o contributo da psicologia social (Robles-Bello e Sánchez-Teruel, 2013).

Candel (1993), Gil (2001a, 2001b), Perera (2011) e Viloría (2011) além de referirem a enorme influência da teoria dos sistemas ecológicos de Bronfenbrenner (1979) e do modelo transaccional de Sameroff e Chandler (1975), remetem ainda para uma outra teoria: a teoria acerca da Modificabilidade Cognitiva Estrutural, de Feuerstein. Esta última descreve a capacidade que o organismo humano tem de mudar a organização do seu funcionamento considerando a inteligência como um processo ativo de autorregulação capaz de responder aos estímulos ambientais. Em suma, toda a pessoa é capaz de aumentar o seu potencial de inteligência independentemente da idade ou problema em determinada fase da vida.

Para Candel (1993) estas três teorias têm dois aspetos em comum nomeadamente o facto de contemplarem o desenvolvimento humano como um processo transaccional

e o facto de terem sido amplamente aplicadas a crianças com deficiência ou de alto risco.

Além destas teorias Gil (2001b) e Perera (2011) também destacam a importância dos outros modelos designadamente a abordagem baseada em atividades, a qual se baseia na teoria da aprendizagem e no trabalho de vários autores, como Vygotsky, Piaget ou Dewey, a teoria do apoio social de Dunst e Trivette (1988) e o modelo proposto por Guralnick (1998).

Se até à década de 70/80 a filosofia era intervir, o mais rápido possível, sobre o problema e as necessidades da criança tendo a família como coparticipante, na década de 80/90 passou a enfatizar-se o carácter sistemático e sequencial (Cabrera e Sánchez, 1980 citados por Cuevas e Veerman, 2012).

Nesta altura, os serviços de saúde e os serviços sociais tinham uma característica comum: a sua atuação limitava-se às crianças com alterações de desenvolvimento.

Ao nível da saúde ainda que apresentasse carências ao nível da deteção, diagnóstico e tratamento dos problemas sociais, este modelo permitia uma boa conexão entre os serviços de deteção e outros serviços do hospital que efetuavam diagnósticos clínicos e orgânicos da criança. Tratava-se de uma atuação essencialmente terapêutica e focalizada na patologia (Cuevas e Veerman, 2012).

Relativamente aos serviços sociais, coube ao INSERSO, iniciar de forma oficial a *Atencion Precoz*. Como reação às insuficiências do modelo clínico e baseado em outros modelos já experimentados, surge assim o modelo psicopedagógico, o qual pretendia apoiar de forma global quer a criança quer a sua família (Cuevas e Veerman, 2012).

No ano de 1977, foram criados centros de estimulação precoce, os quais surgiram após a concessão de subsídios à iniciativa privada. Desde então foram-se desenvolvendo a maioria daqueles que ainda hoje existem (Cuevas e Veerman, 2012).

Dois anos mais tarde, em 1979, o *Servicio de Rehabilitación de Minusválidos* criou nove serviços piloto de Estimulação Precoce nos Centros Base de várias províncias (Cuevas e Veerman, 2012; Seco, 1997). Estes tratamentos de Estimulação Precoce são referidos capítulo II do anexo, seção 1, no *Plan de Prestaciones para Minusválidos físicos, psíquicos y sensoriales*. Este reconhecimento legal da existência de estimulação precoce e o apoio subministrado através destas prestações veio impulsionar a Estimulação Precoce em numerosas zonas de Espanha (Sansalvador, 1983). Contudo, Seco et al. (1997) referem que por motivos burocráticos, estes só no ano seguinte entraram em ação. Os autores referem ainda que nesse mesmo ano os serviços do INSERSO são transferidos para a Generalidad de Cataluña, comunidade esta que foi a criadora e impulsionadora dos primeiros programas institucionais autónomos.

Em 1982, com o objetivo de dar a conhecer as diferentes abordagens técnicas, realiza-se, no Centro Base de la Calle Maudes de Madrid, o primeiro Simpósio de Atendimento Precoce (Contreras et al., 2011).

Nesse mesmo ano é promulgada a *Ley 131/1982*, mais conhecida por *Ley de Integración de los Minusválidos* mas apesar dos anteriores normativos, esta não contempla explicitamente a AT como atuação específica. Com a publicação desta lei as Unidades de Estimulação Precoce passam a estar integradas nos Centros Base (Seco, 1997).

Em 1984, foi promulgado um novo *Real Decreto 383/1984*, o qual estabelecia e regulava o sistema especial de prestações sociais e económicas previsto na LISMI.

Como já referido anteriormente, em 1985 foi publicado o *Real Decreto de Ordenación de la Educación Especial de 6 de marzo de 1985*, o qual se veio a constituir como referência para a organização da Educação Especial (Núñez e Silva, 2014; Pérez, 2011). Com este surgiram as equipas de *Atención Temprana*, as quais vieram a permitir a integração das crianças nos centros de educação infantil favorecendo a intervenção precoce e permitindo a sua continuidade no sistema regular. Constituídas por um psicólogo, um pedagogo, um assistente social e um terapeuta da fala, estas equipas tinham como objetivo contribuir para melhorar as condições educacionais dos centros bem como propiciar o apoio necessário à criança por forma a facilitar o seu desenvolvimento integral. Relativamente às suas funções na área da *Atención Temprana* as equipas deviam conhecer a realidade educacional do setor, detetar a população com necessidades educacionais especiais na infância e identificar os recursos psicopedagógicos e sociais existentes na área assegurando a sua coordenação. As suas funções para com a Escola Infantil prendiam-se com a sua colaboração na elaboração do projeto educacional, orientação da equipa pedagógica relativamente aos aspetos psicopedagógicos e organizacionais que afetam o bom funcionamento do centro e favorecem a integração, e desencadear mecanismos que promovam a abordagem família-escola. No que respeita às suas funções com as crianças estas equipas deviam identificar e avaliar os problemas específicos de cada criança, aplicar os conteúdos do programa que envolvem intervenção individual, orientar e treinar a família, para que os pais realizem programas educativos no qual possam adquirir rotinas e aptidões (Rodruello e Vilorio, 2004).

Dois anos mais tarde, foi publicada a *Ley 14/1986, General de Sanidad (LGS)*, a qual além de descrever o tipo de atuações da competência da Saúde também fazia referência aos programas de intervenção, proteção e prevenção à população de risco (Robles-Bello e Sánchez-Teruel, 2013).

De acordo com Contreras et al. (2011) no ano seguinte, o *Real Patronato* organiza o Simpósio Iberoamericano de Experiências em Estimulação Precoce e centrando-se as bases da Estimulação Precoce/ *Atención Temprana* foram definidos e delimitados os organismos responsáveis e os profissionais. Contando com especialistas de várias áreas surge então um grupo de trabalho, o *Grupo de Prevención y Atención al Desarrollo Infantil (PADI)*.

Em 1990, o recém-criado grupo *Grupo de Estudios Neonatológicos de la Comunidad de Madrid (GENMA)*, a cargo do Dr José Arizcun, organiza as *Jornadas sobre Población*

de Alto Riesgo de Deficiencias Neuropsicológicas y Sensoriales, transformando-se este num processo interdisciplinar e interprofissional de âmbito nacional. Este grupo encarrega-se, numa perspetiva epistemológica, das crianças em risco e com deficiência. A vertente assistencial deste conjunto de crianças passa, em 1991, a ser da competência do *Grupo de Estudios Neonatológicos y Servicios de Intervención* (GENYSI), formado por D. Felipe Retortillo e D. José Arizcun, o qual deu um enfoque interdisciplinar e interprofissional (Contreras et al., 2011).

Pode por isso referir-se que partir das décadas de 80/90 três importantes mudanças se verificaram na *Atención Temprana*. Em primeiro lugar o Estado assumiu a responsabilidade de regular e financiar os serviços de *Atención Temprana* e a gestão desta nas diferentes comunidades autónomas tornou-se mais centralizada. Em segundo lugar as organizações de profissionais influenciaram bastante não só os profissionais como também o Estado e a sociedade. Por último, o modelo que dominou a *Atención Temprana*, quer em termos conceptuais quer em termos de prática profissional, centrava-se nos défices da criança e da família, no tratamento com o objetivo de corrigir ou reabilitar o mau funcionamento, num modelo individualizado ou profissionalmente centrado e nos profissionais como decisores em termos da maioria ou de todos os aspetos do processo de AT (Serrano et al., 2016).

É na década de 90 que o conceito de AT surge pela primeira vez substituindo o conceito de *Estimulación Precoz* (Robles-Bello e Sánchez-Teruel, 2013). Passou-se de um modelo clínico-reabilitador, centrado na criança para um modelo psicopedagógico, este dirigido à criança, à sua família e comunidade. A oferta de serviços torna-se mais rica pois passa por não só por informação, deteção, diagnóstico e tratamentos multidisciplinares como também pela orientação e apoio familiares, coordenação dos serviços de saúde e sociais, apoio e assessoria a Centros de Educação Infantil para uma correta integração das crianças em risco (Cuevas e Veerman, 2012). As autoras referem ainda que este modelo psicopedagógico contempla a AT como um conjunto de atuações dirigidas à criança, à sua família e à comunidade e que as equipas eram compostas por profissionais especializados de várias áreas: um assistente social e um pedagogo a tempo parcial, um psicólogo, um médico da área da reabilitação e um técnico de *Atención Temprana* a tempo completo podendo, conforme as necessidades da população atendida, vir a ser contratado um fisioterapeuta, terapeuta da fala ou psicomotricista. Acrescentam também que nesta altura os tratamentos, em parte de reabilitação e psicopedagogia, tratavam o sujeito em toda a sua complexidade trabalhando quatro áreas: a motricidade, o desenvolvimento cognitivo, a linguagem e desenvolvimento afetivo e social.

Moreno et Calet (2015) referem que as mudanças ao nível conceptual da AT bem como ao nível da intervenção se devem em muito às contribuições de diferentes disciplinas como a psicologia, neurologia, pediatria, fisioterapia, pedagogia e terapia da fala. A *Atención Temprana* começa então a consolidar-se graças a estes estudos e foi desde então que surgiu o conceito que ainda hoje é utilizado por distintos

profissionais desta área (Robles-Bello e Sánchez-Teruel, 2013). Pérez (2009) refere mesmo que estas disciplinas são as ferramentas que fundamentam a intervenção.

Assim, em 1988, numa tentativa de homogeneizar conceitos e critérios da AT foram elaboradas algumas propostas por diversos especialistas públicos e privados nomeadamente o *Instituto Nacional de Servicios Sociales, Comunidad de Madrid* e a *Federación de Asociaciones Pro Personas con Deficiencia Mental de Madrid* (FADEM) (Grupo de Trabajo de Prevención Y Atención al Desarrollo Infantil, 1995).

Com o objetivo de clarificar alguns princípios, em 1990, foi redigido, em Madrid, o esboço do documento *Módulo de criterios de calidad de centros de Atención Temprana*, (Grupo de Trabajo de Prevención Y Atención Al Desarrollo Infantil, 1995; Martínez, Fernández e Medina, 2003).

Surge em 1993, o *Instituto Madrileño de Atención a la Infancia* (IMAIN), um órgão impulsor que desenvolveu um trabalho de troca de informação e coordenação entre entidades públicas e privadas envolvidas na AT. Pretendia o estabelecimento de critérios comuns de trabalho quer ao nível de deteção e diagnóstico como também ao nível da intervenção baseando-se para tal nas novas orientações ao nível da política social e da educação vindas das diversas disciplinas (Grupo de Trabajo de Prevención Y Atención Al Desarrollo Infantil, 1995).

Foi por isso constituído um grupo de trabalho que englobava diversos serviços e entidades designadamente do Ministério da Integração Social (IMAIN, *Servicio de Medio Abierto*), do Ministério da Educação (*Dirección General de Educación, Servicio de Educación Infantil*), do Ministério da Saúde (*Dirección General Prevención y Promoción de la Salud, Servicio de Prevención y Protección de la Salud*), do Hospital Clínico San Carlos (Instituto Nacional de Salud [INSALUD], *Servicio de Neonatología*), da *Federación de Asociaciones Pro Personas con Deficiencia Mental de Madrid* e da *Comisión de Atención Temprana* (Grupo de Trabajo de Prevención Y Atención Al Desarrollo Infantil, 1995).

Serrano et al. (2016) referem que durante a segunda metade da década de 90 importantes mudanças ocorreram no que se refere á implementação da AT em Espanha nomeadamente a AT passou a abranger crianças com diversas condições (risco sócio emocional e relacional, risco de atraso, atraso de desenvolvimento, risco ambiental), os profissionais tomaram consciência da necessidade de envolver as famílias na AT o que levou à publicação do *Libro Blanco de Atención Temprana* (GAT, 2000, 2005a) e a adoção do modelo centrado na família que levou à realização de diversos congressos e conferências.

Tendo passado trinta anos desde que surgiram os primeiros centros de Estimulação Precoce constata-se a necessidade de um normativo que regule a *Atención Temprana* no território nacional (GAT, 2000, 2005a).

Desde a década de 90 que os serviços de saúde, educação e sociais compartilham a responsabilidade da AT (Cuevas e Veerman, 2012; Moreno e Calet, 2015; Robles-Bello

e Sánchez-Teruel, 2013) sendo que as competências de cada um destes serviços estão regulamentadas, separadamente, por um quadro legislativo de jurisdição estatal e autónoma (Robles-Bello e Sánchez-Teruel, 2013).

Nesse sentido vários autores apresentam alguns aspetos negativos especificamente o facto das competências não serem distribuídas explicitamente entre estes três serviços (GAT, 2000, 2005a; Moreno e Calet, 2015) e a grande disparidade de situações entre as diferentes comunidades autónomas quer ao nível da especificidade das práticas quer ao nível da coordenação entre os diferentes serviços dificultando a continuidade da intervenção (Cuevas e Veerman, 2012; GAT, 2000, 2005a; Moreno e Calet, 2015; Serrano et al., 2016; Vilorio, 2011).

Contreras et al. (2011) referem que, a partir do GENYSI, foi constituído o *Grupo de Atención Temprana* (GAT). Trata-se de um grupo de especialistas das diversas comunidades autónomas e com o apoio não só do *Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía* como também com o apoio da *Confederación Española de Organizaciones a Favor de las Personas con Discapacidad Intelectual* (FEAPS) e da *Organización Nacional de Ciegos de España (ONCE)* (GAT, 2000, 2005a). E por isso Belda e Cardama (2006) referem que as origens desta associação estão relacionadas com as origens de algumas das associações que desta fazem parte.

O GAT foi criado com o fim de elaborar um manual consensual entre todos os profissionais, o "*Libro Blanco de Atención Temprana*" cuja publicação pretendia fundamentar a AT tornando-se por isso numa referência para as administrações públicas, os profissionais, as associações e as famílias (GAT, 2000, 2005a). Salientamos que o *Grupo de Atención Temprana* (GAT), veio posteriormente a estabelecer-se, a partir de 2001, como *Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana* (López, Ponte e Rubert, 2018).

Apenas referir que a publicação deste manual foi reconhecida não só pelos profissionais e especialistas de AT em Espanha como também por investigadores de outros países. Mais concretamente Pimentel (2005) sugere que, em Portugal, se elabore um documento semelhante ao publicado em Espanha em 2000 ("*Libro Blanco de Atención Temprana*") ou ao divulgado em Inglaterra, em 2003 ("*Together from the start*").

No prólogo do manual em questão são referidas algumas necessidades relativas à AT designadamente a necessidade de: criar uma rede de recursos que possibilite um equilíbrio entre as diferenças territoriais e os modelos de funcionamento já referidos anteriormente; definir competências quer a nível estatal quer a nível das regiões autónomas; identificar as carências de cada uma das comunidades; estar recetivo quer aos avanços científicos quer aos contributos dos profissionais, investigadores, entidades e associações de país nesta área; e aumentar os incentivos económicos. Nesse sentido, os autores sugerem a criação de uma Comissão Estatal para a AT ou um Instituto para a *Atención Temprana* que possibilite a elaboração de um normativo (GAT, 2000, 2005a).

Assim a *Atención Temprana* é definida, no *Libro Blanco de Atención Temprana* como um conjunto de intervenções, destinadas às crianças dos 0 aos 6 anos, sua família e meio envolvente, as quais têm como objetivo dar “respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños com trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos” (GAT, 2000, p. 13).

Nesse sentido a mesma obra especifica que o objetivo principal da *Atención Temprana* é favorecer o desenvolvimento e bem-estar da criança e da sua família, possibilitando, da forma o mais completa possível, não só a sua integração no meio familiar, escolar e social como também a sua autonomia pessoal. Para tal deve ser seguido um modelo que tenha em conta os aspetos bio-psico-sociais para que a criança possa receber apoio quer na vertente preventiva quer assistencial (GAT, 2000, 2005a).

Baseando-se no facto de que o desenvolvimento infantil depende de factores genéticos e de factores ambientais, sejam eles de ordem biológica ou de ordem psicológica e social, estabeleceu-se a definição de crianças em risco biológico e as crianças em risco psicossocial.

Desta forma as crianças em risco biológico são todas as que durante o período pré, peri e pós-natal ou desenvolvimento inicial tenham sido submetidas a situações que possam de alguma forma ter alterado o seu processo de maturação como por exemplo a prematuridade, baixo peso ou anoxia ao nascer ou anoxia (GAT, 2000, 2005a).

As crianças de risco psicossocial são aquelas cujas condições sociais em que estão inseridas são pouco favorecedoras nomeadamente por falta de cuidados ou de interações adequadas com os seus pais e família, maus-tratos, negligências, abusos, as quais podem alterar o seu processo maturativo (GAT, 2000, 2005a).

Na tabela 2 apresentamos uma síntese dos factores de risco biológico e risco social.

Tabela 2 – Factores de Risco Biológico e Social

<p>Factores de Risco Biológico</p>	<p>Recém-nascido de Risco Neurológico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • R.N. com peso <P10 para a idade gestacional ou com peso <a 1500 gramas ou idade gestacional <às 32 semanas; • APGAR <3 no minuto ou <7 nos 5 minutos; • RN com ventilação mecânica por mais de 24 horas; • Hiperbilirrubinemia que requer exsanguinotransfusão; • Convulsões neonatais; • Sepsis, meningite ou encefalite neonatal; • Disfunção neurológica persistente (mais de sete dias); • Lesão cerebral evidenciada por ECO ou CT; • Malformações do Sistema Nervoso Central;
---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Neuro-Metabolopatias • Cromossomopatias e outras síndromes dismórficas; • Filho de mãe com doença mental e/ou infecções e/ou drogas que possam afetar o feto; • RN com irmão com patologia neurológica não esclarecida ou com risco de recidiva; • Gêmeo, se o irmão apresentar risco neurológico; • Sempre que o pediatra considerar apropriado.
	Recém-nascido de risco sensorial-visual	<ul style="list-style-type: none"> • Ventilação mecânica prolongada; • Grande prematuridade; • RN com peso <a 1500 gramas; • Hidrocefalia; • Infecções congênicas do sistema nervoso central; • Patologia craniana detetada pelo ECO/CT; • Síndrome malformativa com comprometimento visual; • Infecções pós-natais do Sistema Nervoso Central; • Asfixia severa.
	Recém-nascido de risco sensorial-auditivo	<ul style="list-style-type: none"> • Hiperbilirrubinemia que requer exsanguinotransfusão; • Grande prematuridade; • RN com peso <a 1500 gramas; • Infecções congênicas do sistema nervoso central; • Ingestão de aminoglicosídeos por período prolongado ou com altos níveis plasmáticos durante a gravidez; • Síndromes de malformação comprometidas com a audição; • História familiar de perda auditiva; • Infecções pós-natais do Sistema Nervoso Central; • Sufocamento severo.
Factores de Risco Social	<ul style="list-style-type: none"> • Privação económica grave; • Gravidez acidental traumática; • Conflito no núcleo familiar; • Traumatização da separação no núcleo familiar; • Pais com baixo IC / Ambiente não estimulante; • Doença grave; • Alcoolismo / Toxicoddependência; • Prostituição; • Crime / Prisão; • Mães adolescentes; • Suspeita de maus tratos; • Crianças acolhidas em lares de crianças; • Famílias que não cumprem as consultas de saúde repetidamente. 	

Fonte: Elaboração própria baseada em (GAT 2000, 2005a)

Após a publicação deste manual foram perceptíveis duas enormes dificuldades nos programas de AT que se sentiam nomeadamente ao nível da conjugação dos diferentes tipos de avaliação, feita por profissionais de ramos distintos, bem como ao nível da caracterização diagnóstica da criança e da sua situação, incluindo as dimensões etiológicas, sindromáticas e funcionais, pelo que foi necessário criar uma linguagem comum (Franco e Apolónio, 2011b; Robles-Bello e Sánchez-Teruel, 2013).

Para responder a esta dificuldade, a *Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana*, publicou, em 2004, a primeira versão de um manual intitulado "*Organización Diagnóstica para la Atención Temprana*" (ODAT). Trata-se de um instrumento de organização da informação diagnóstica que pretende estabelecer uma linguagem comum entre os diferentes profissionais juntando numa mesma classificação todos os aspetos presentes na avaliação em IP (biológicos, psicológicos e sociais) incluindo nitidamente a identificação quer das perturbações do desenvolvimento quer das situações de risco (Franco e Apolónio, 2011b; Oriola, 2006). Este baseia-se em classificações internacionais previas permitindo identificar não só as perturbações ou dificuldades no desenvolvimento da criança como também os factores etiológicos que as causam sejam eles de carácter biológico, psicológico e/ou social (Robles-Bello e Sánchez-Teruel, 2013; Oriola, 2006). Após um processo de validação, em 2007, este foi revisto e atualizado em 2008 e serviu posteriormente como base ao trabalho de adaptação e validação deste para a língua portuguesa (Franco e Apolónio, 2010; 2011b).

Ao criar uma estrutura que permite recolher informações não só ao nível dos aspetos biológico, psicológico e social como também um conjunto de aspetos relacionados com a deteção, diagnóstico e tratamento, este manual defende que existem três níveis estruturais. O primeiro nível descreve os factores de risco de distúrbios de desenvolvimento em diferentes contextos: na criança, na sua família e no meio ambiente incluindo por isso os factores de risco biológicos, familiares e ambientais. O segundo nível descreve o tipo de distúrbios ou disfunções que podem ser diagnosticados na criança, as interações com a família e com as características do ambiente e compreende os distúrbios de desenvolvimento, a família e o ambiente. O terceiro nível deve incluir recursos em três eixos fazendo referência à criança, família e ambiente e foi elaborado definitivamente em 2011. Trata-se por isso de um instrumento de recolha de informação e de classificação diagnóstica que pode ser utilizado por qualquer profissional dos *Centros de Atención Infantil Temprana* (CAIT) mas que não tenciona ser uma história clínica completa nem uma anamnese (GAT, 2004).

Importa assim perceber como realmente se processam os programas de AT. Primeiramente estes eram dirigidos a crianças em condições de pobreza sendo que o objetivo era modificar o curso do desenvolvimento infantil nos primeiros anos por forma a preparar melhor a criança para a escola. Posteriormente, esta preocupação estendeu-se às crianças com deficiência e com problemas de desenvolvimento. Atualmente, estes programas dirigem-se não só às crianças com *déficits* físico,

psíquico ou sensorial, mas também àquelas que possam apresentar problemas de adaptação ou maturacionais (Candel, 1993).

Os programas de AT devem enfatizar o apoio à criança e à sua família tendo em conta o seu ambiente de forma natural, aproveitando as atividades funcionais que estão inseridas nas rotinas diárias da criança e de sua família (Gil, 2001c). Contudo, a sua aplicação não é uniforme nem rígida pois existem várias modalidades de prestação de serviços: o modelo domiciliário, em que o profissional da equipa se desloca à casa da família e aí lhes presta o apoio necessário e orienta os pais no que se refere aos objetivos dos tratamentos e melhoria do ambiente físico; o modelo dos centros especializados, em que a criança e a sua família se deslocam aos centros especializados para receber os tratamentos adequados; ou um modelo que combina os dois modelos anteriores, em que nos primeiros meses a intervenção é feita em casa mesmo havendo necessidade de deslocações aos centros especializados e posteriormente as sessões nos centros passam a ser mais frequentes recebendo os pais, ao mesmo tempo, informações acerca de como atuar em casa (Gil, 2001b).

Enaltecendo o sacrifício dos pais, o autor refere que estes conferem uma importância excessiva às sessões de tratamento realizadas nos centros de intervenção, chegando a levar os filhos doentes às sessões ou a sessões noutros centros por não haver disponibilidade no centro habitual, esquecendo-se muitas vezes de outros aspetos fundamentais como o envolvimento parental na educação e o funcionamento familiar adequado.

Nesse sentido Gil (2001b) considera que, durante o primeiro ano de vida, as deslocações a estes centros devem ser limitadas a uma ou duas vezes por semana, sendo que até aos seis meses de idade devem ser apenas uma vez por semana sendo o modelo domiciliário o mais indicado. Estas visitas permitem a adaptação da família à sua nova realidade recebendo apoio nesse sentido por parte do profissional da equipa. Salienta que as crianças com dificuldades devem iniciar a sua intervenção entre os 12 -18 meses e que até aos dois anos o modelo mais indicado continua a ser o modelo domiciliário direcionado para o apoio à família promovendo as condições ambientais adequadas ao desenvolvimento da criança e o bom funcionamento da família sendo que a as visitas aos centros devem ser feitas duas vezes por semana. Menciona também que as crianças já inseridas em creches poderão receber esse apoio ou num grupo reduzido nestes centros ou então, se possível, na própria escola.

Além disso acrescenta ainda que entre os três e os seis anos de idades, as crianças que frequentam as escolas infantis recebem apoio especializado de acordo com as suas necessidades. Apesar de nem todos os centros terem à disposição esse suporte, muitas vezes o que acontece é que são desadequados ou insuficientes levando a que sejam necessárias sessões complementares, que podem variar entre três e cinco por semana.

Como já foi referido a AT requer uma colaboração organizada entre cada um dos três ministérios. Nesse sentido o "*Libro Blanco de Atención Temprana*" diferencia três

níveis nos quais se deve basear esta colaboração entre os centros e os serviços de AT (GAT; 2000, 2005a).

O primeiro nível corresponde à prevenção primária cujo objetivo é evitar que as situações que possam levar ao aparecimento de deficiências ou perturbações no desenvolvimento infantil sendo prioritariamente da competência da saúde, serviços sociais e educação (GAT, 2000, 2005a), i.e., são medidas de carácter universal com vista à promoção e proteção do desenvolvimento infantil (Aparicio e Martín, 2007).

Na tabela seguinte (Tabela 3) apresentamos uma síntese das funções de cada um dos serviços no que respeita à prevenção primária.

Tabela 3 – Prevenção Primária - Funções de cada um dos serviços

	Funções ao nível da prevenção primária	Serviços
Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimento de programas de planeamento familiar, cuidados a grávidas, saúde materno-infantil, deteção de doenças metabólicas e vacinação, informações acerca dos factores de risco e sua prevenção; • Cuidados primários infantis • Intervenções hospitalares e de saúde em geral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços de pediatria na AT • Serviços de pediatria e neurologia infantil • Serviços de saúde mental infantil
Serviços sociais	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenção de situações de risco social e de maus tratos ao menor • Prevenção de perturbações do desenvolvimento infantil cuja seja de origem social 	
Educação	<ul style="list-style-type: none"> • Apoiar a criança e a família desde os Centros de Educação Infantil • Colaborar em campanhas de informação e formação da população no que diz respeito aos aspetos relativos ao desenvolvimento infantil e ao seu trabalho com crianças com perturbações de carácter permanente por forma a evitar o aparecimento de outras patologias além da inicial 	

Fonte: Elaboração própria baseada em (GAT 2000, 2005a)

A prevenção secundária na AT tem como objetivo a deteção e o diagnóstico precoce das perturbações do desenvolvimento ou de situações de risco. A deteção é considerada como aspeto fundamental da AT pois é imprescindível para o diagnóstico e a intervenção terapêutica. Podem por isso considerar-se, ao nível da prevenção

secundária, distintas etapas: a etapa pré-natal, a etapa perinatal e a etapa pós-natal sendo que em cada uma delas podemos encontrar diferentes agentes (GAT, 2000, 2005a).

Assim elaborámos uma tabela na qual apresentamos quais as funções de cada um dos serviços nas diversas etapas: pré-natal, perinatal e pós-natal (Tabela 4).

Tabela 4: Prevenção Secundária - Funções de cada um dos serviços nas etapas pré-natal, perinatal e pós-natal

		Funções	Serviços
Saúde	Etapa Pré-natal	<ul style="list-style-type: none"> • Detecção e informação de situações de risco • Apoio e orientação às futuras mães 	<ul style="list-style-type: none"> • Obstetrícia • Trabalho interdisciplinar com diferentes especialistas (ginecologistas, técnicos de ecografia, geneticistas, bioquímicos, pediatras, psicólogos, assistentes sociais)
	Etapa Perinatal	<ul style="list-style-type: none"> • Receber as crianças com alto risco de vir a apresentar deficiências, perturbações ou alterações do seu desenvolvimento em função de determinadas condições genéticas ou situações adversas de natureza biológica ou orgânica: infeções intrauterinas, baixo peso, hipoxia, hemorragias cerebrais, infeções pós-natais 	<ul style="list-style-type: none"> • Neonatologia • Unidade de seguimento maturativo

	<p>Etapa Pós-Natal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Detecção de perturbações mais graves do desenvolvimento: formas severas e medias de paralisia cerebral atraso mental e défices sensoriais (1º ano); • Detecção de perturbações moderadas ou leves das anteriormente descritas bem como as que estão associadas ao espetro do autismo (2º ano); • Perturbações ou atrasos de linguagem, perturbações de conduta e perturbações motoras menores (entre 2 e 4 anos); • Casos que não foram anteriormente detetados: deficiência mental leve, disfunções motoras finas e as dispraxias (a partir dos 5 anos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pediatria
<p>Educação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação às famílias de situações preocupantes • Avaliar, conjuntamente com as equipas psicopedagógicas, as necessidades da criança e a natureza das mesmas; • Responder a questões relacionadas com sua escolarização, elaboração de adaptações curriculares e ajudas técnicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio por parte dos <i>Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana</i> (CDIAT) • Apoio das equipas de Saúde Mental Infantil 	
<p>Serviços Sociais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Detecção de casos de factores de risco social: baixos rendimentos familiares, mães adolescentes, dependência de drogas, marginalização social familiar; • Desenvolvimento de programas de prevenção, intervenção e promoção dirigidos essencialmente às famílias em risco. 	<ul style="list-style-type: none"> • Centros Base; • Centros de Atención Temprana; • Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana. 	

Fonte: Elaboração própria baseada em Cuevas e Veerman (2012) e GAT (2000, 2005a)

Por último abordaremos a prevenção terciária, a qual reúne todas as atividades dirigidas não só à criança como também à sua família e ao seu meio ambiente e tem como objetivo melhorar as condições do seu desenvolvimento. Esta deve ser planificada com um caráter global e de forma interdisciplinar considerando sempre as capacidades e dificuldades da criança, a sua história e processo evolutivo e também as possibilidades e necessidades da família bem como os recursos que esta dispõe. Deve, por isso, permitir à família conhecer e compreender a realidade do seu filho, as suas capacidades e limitações e perceber o seu papel de agente potenciador do desenvolvimento deste (GAT, 2000, 2005a).

Redruello e Vilorio (2004) referem que as crianças estão integradas nas suas escolas (creches ou escolas infantis) e que estas se deslocam aos CDIAT a fim de auferir dos tratamentos adequados. As autoras referem que, em 2004, data de publicação deste artigo, a intervenção em contexto natural não era algo muito difundido apesar da AT ser valorizada por todos. Daí que estas evidenciem a importância de a intervenção ser realizada entre os seus pares nos centros de educação infantil.

Talvez por esse motivo o manual refira que a escolarização deve ser feita, de forma preferencial, nas escolas regulares sendo para tal adaptado o currículo às necessidades de cada aluno. Contudo, quando são necessárias adaptações significativas e num grau extremo do currículo comum ou os meios humanos e materiais são pouco comuns nas escolas regulares, as crianças são integradas nos *Centros de Educación Especial* (GAT; 2000, 2005).

Dada a vertente educacional deste trabalho de investigação parece pertinente descrever aqui, ainda que muito sucintamente, como se processa a *Atención Temprana* na Escola Infantil. Redruello e Vilorio (2014) referem que o apoio prestado nos Centros de Educação infantil está relacionado com a prestação de apoio psicopedagógico a todas as crianças dos 0 aos 6 anos que apresentam dificuldades no seu desenvolvimento ou em risco desenvolvimental ou social e também às famílias. A intervenção é feita com o professor titular o qual conta com o apoio dos profissionais das Equipas de AT, dentro da Escola ou com sessões fora desta. Todo este processo envolve profissionais de diferentes áreas de formação os quais devem trabalhar de forma interdisciplinar. Para tal é necessária uma formação específica e comum, que é alcançada através de cursos de especialização e pós-graduação.

As autoras defendem também que dentro da escola a *Atención Temprana* tem um duplo caráter: Preventivo, na medida em que o educador observa as dificuldades da criança; e Terapêutico pois ao estar relacionado com os cuidados às crianças com uma determinada patologia estabelecida promove a maximização das suas habilidades e facilita uma melhor adaptação ao ambiente. Acrescentam ainda que esta intervenção se baseia em dois pilares essenciais: o diagnóstico e o tratamento.

Cuevas e Veerman (2012) salientam que os Centros de *Atención Temprana*, atuam ao nível da prevenção terciária. Juan-Vera e Pérez-Lopez (2009), indicam que esta é

uma nomenclatura obsoleta ainda usada em alguns centros, já que atualmente estes são denominados *Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana*. O papel destes passa não só por apoiar e facilitar o processo de integração e pleno desenvolvimento da criança com NEE bem como por apoiar o professor de apoio e o professor do regular e contribuir para a reflexão e debate sobre propostas organizativas e orientações na escola infantil (GAT, 2000, 2005a).

Na tabela 5 fazemos uma síntese das funções de cada serviço responsável pelo nível terciário.

Tabela 5: Prevenção Terciária - Funções de cada um dos serviços

Funções	Serviços
<ul style="list-style-type: none"> • Atividades dirigidas não só à criança como também à sua família e ao seu meio ambiente, tem como objetivo melhorar as condições do seu desenvolvimento; • Permitir à família conhecer e compreender a realidade do seu filho, as suas capacidades e limitações e perceber o seu papel de agente potenciador do desenvolvimento deste. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana</i> ou <i>Centros de Atención Temprana</i>; • <i>Escuelas Infantis</i> (meio preferencial); • <i>Centros de Educación Especial</i> (quando são necessárias adaptações significativas e num grau extremo do currículo comum ou meios humanos e materiais pouco comuns nas escolas regulares).

Fonte: Elaboração própria baseada em Cuevas e Veerman (2012) e GAT (2000, 2005a)

Por forma a perceber qual o âmbito de atuação dos *Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana* fazemos uma breve retrospectiva no tempo.

Estes centros surgiram, como já referido anteriormente, nos anos 70, como *Centros de Estimulación Precoz* (CEP) e com o tempo foram evoluindo tendo sido convertidos em *Centros de Atención Temprana* (CAT) e posteriormente em *Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana* (CDIAT) sendo por isso o resultado da evolução natural do conceito de *Estimulación Precoz* para *Atención Temprana* (GAT, 2000, 2005a; Juan-Vera e Pérez-López, 2009).

A sua criação e evolução também foram paralelas ao progresso de outros serviços e instituições no campo da saúde, social e educacional que têm vindo a desenvolver-se nas várias regiões autónomas (GAT, 2000, 2005a).

Contudo, cada uma dessas regiões autónomas ao ter liberdade para estabelecer leis próprias (Pérez-Ruiz, 2015), faz com que exista uma diversidade de órgãos administrativos e documentos normativos dando origem ao aparecimento de diferentes modelos de centros embora todos sigam as linhas orientadoras do *Libro*

Blanco de Atención Temprana (Juan-Vera e Pérez-López, 2009). Desta forma, os autores, referem que estes centros têm em comum a população, a intervenção familiar em diferentes ambientes, o espaço próprio, a equipa multidisciplinar, com clara abordagem interdisciplinar ou transdisciplinar e a coordenação com os diversos recursos, sociais, educacionais e de saúde. Contudo, Pérez (2013) contraria esta afirmação ao referir que a maioria dos serviços continua a intervir com a criança diretamente e dentro do próprio centro. Para além de afirmar que as práticas não estão centradas na família, a autora acrescenta outras limitações da AT em Espanha designadamente o não envolvimento direto das famílias no processo tendo esta um papel meramente de expectadora.

Embora a gratuidade seja um dos princípios básicos da *Atención Temprana* (GAT, 2000, 2005a), nem sempre isso se verifica. Juan-Vera e Pérez-López (2009) referem que a maioria dos centros depende de associações de pais, mas que também existem centros que pertencem a organizações não-governamentais, outros que estão relacionados ou são propriedade de províncias, outros ainda que são propriedade privada e uma proporção mínima que estão ligados a universidades. Não é por isso de estranhar que, nas *Recomendaciones Técnicas para el Desarrollo de la Atención Temprana* (GAT, 2005b), se refira a necessidade de criar uma Rede Estatal de *Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana* como serviços públicos, independentes, gratuitos, interdisciplinares, participativos, descentrados e setorizados.

Assim os CDIAT são serviços autónomos, cujo objetivo é o apoio à população infantil dos zero aos seis anos que apresenta perturbações no seu desenvolvimento ou que tem risco de vir a ter (GAT, 2000, 2005a).

A equipa multiprofissional é composta por especialistas em AT das áreas da saúde, psicologia, educação e serviços sociais tendo por isso um caráter interdisciplinar. Deve seguir uma orientação globalizante tendo sempre em conta que a intervenção abarca diversos aspetos nomeadamente aspetos intrapessoais (biológicos, psíquicos, sociais e educativos) que são próprios de cada um e aspetos interpessoais, que estão relacionados com o meio envolvente nomeadamente a família, a escola e a cultura (GAT, 2000, 2005a).

Estes centros desempenham funções ao nível da prevenção primária, secundária e terciária.

No que respeita à prevenção primária e secundária as suas funções passam por desenvolver trabalhos na área de sensibilização, prevenção e deteção relacionados com o desenvolvimento infantil, em colaboração com instituições, associações e com outros profissionais. Esses programas têm dois públicos alvos distintos: os dirigidos às famílias e futuros pais, os quais têm como objetivo informar e orientar as famílias, e os dirigidos aos profissionais, cujo objetivo é capacitá-los para se tornarem nos primeiros agentes de promoção na educação e saúde da criança e de deteção de possíveis alterações no desenvolvimento desta (GAT, 2000, 2005a).

Ao nível da prevenção terciária, a função dos CDIAT é, como já referido anteriormente, intervir de forma individual tendo sempre em conta as necessidades e possibilidades da criança, a situação e possibilidades da família e do meio escolar. A intervenção inicia-se após solicitação por parte da família, de um profissional ou instituição e abarca diferentes momentos designadamente a avaliação inicial, intervenção terapêutica, seguimento e controlo e encaminhamento (GAT, 2000, 2005a).

De acordo com o manual a avaliação inicial, pretende fazer o estudo global e em profundidade do desenvolvimento da criança, da sua história familiar e do seu contexto e é feita pelos profissionais da equipa das diversas áreas em colaboração com a entidade que encaminhou a criança. Assim este processo de avaliação inicial decorre em quatro momentos nomeadamente: a recolha de informação através de uma entrevista à família bem como a outros profissionais; a avaliação da criança e do seu contexto, a qual é feita através da observação direta da criança, exames físicos e avaliações neurológicas e funcionais da criança, provas standardizadas, observação em contexto domiciliário e exames complementares e/ou consultas especializadas; a elaboração de hipóteses diagnósticas e de um plano de intervenção, no qual se estabelecem as necessidades da criança e da família e os recursos existentes, as prioridades de atuação e possíveis prognósticos de atuação a curtos, médio e longo prazo e os objetivos da intervenção terapêutica (estes estão dependentes da opinião da família); e a entrevista de devolução, na qual os pais recebem toda a informação diagnóstica elaborada pela equipa e em conjunto com esta estabelecem o plano de atuação quer por parte dos profissionais quer por parte da família.

A intervenção terapêutica será feita em função da idade, características e necessidades da criança, do tipo e grau de perturbação, da família, da própria equipa e da possibilidade de colaboração com outros recursos da comunidade. Esta intervenção é dirigida à criança, pois é elaborado um plano global e individualizado conjuntamente, sempre que possível, com os pais, pode ser realizada nos CDIAT, em casa ou noutro lugar e a sua duração depende das necessidades da criança; à família, pois tem em conta as suas necessidades adequando a sua intervenção, individual ou em grupo, no sentido de apoiá-la na reflexão, adaptação e reconhecimento de competências parentais; à escola pois informa e colabora conjuntamente com esta no sentido de definir objetivos pedagógicos, estratégias de aprendizagem e utilização de recursos materiais ou humanos para cumprir os objetivos; e ao contexto uma vez que desenvolve estratégias por forma a promover a adaptação do meio às necessidades das crianças permitindo-lhe desta forma a participação ativa na sociedade (GAT, 2000, 2005a).

A penúltima fase denominada de avaliação e seguimento, pretende confirmar a adequação e efetividade dos programas de atuação em relação aos objetivos planificados. Assim existem dois tipos de avaliação: a avaliação contínua permite ir ajustando o programa às necessidades e introduzir as modificações que se considerem apropriadas, e a avaliação final que determina se os objetivos foram ou

não cumpridos e se é ou não necessário fazer um encaminhamento (GAT, 2000, 2005a).

Por último, o encaminhamento para outros serviços é feito quando a criança, por razões de idade ou de competências, deixa de necessitar do apoio do CDIAT. Segundo o manual deve continuar a haver coordenação entre os serviços e, com o conhecimento da família, procede-se à passagem de informação por forma a garantir a coerência e continuidade da intervenção.

Desta forma pode perceber-se que a AT tem vindo a adaptar-se às necessidades da população. Para além destes centros existem, de acordo com Cuevas e Veerman (2012), uma série de instituições relacionadas com a *Atención Temprana* designadamente o *Real Patronato de Prevención y Atención a personas con Minusvalías*, *Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO)*, *Instituto Madrileño del Menor y la Familia (IMMF)*, *Defensor del Menor de la C.A.M.* e *Grupos técnicos de trabajo en AT* os quais incluem *Grupo de Estudios Neonatológicos de la Comunidad de Madrid (GENMA)*, *Grupos de Estudios Neonatológicos y Servicios de Intervención (GENYSI)* e de *Grupo de Prevención y Atención al Desarrollo Infantil (PADI)*.

Percebendo a dificuldade de articular com todos os profissionais envolvidos na AT, instituições, Centros Base e CDIAT, o *Libro Blanco de Atención Temprana* (2000, 2005a) definiu níveis de coordenação tendo em conta algumas dimensões: a dimensão inter e institucionais, que deve envolver os ministérios envolvidos, os responsáveis das Comunidades Autónomas, governos locais e organizações; e a dimensão interprofissional, envolvendo a coordenação de áreas e setores profissionais especializados.

São também definidos neste manual três níveis de coordenação: nível estatal, em que o governo deve fomentar a coordenação dos Ministérios da Saúde, Trabalho e Assuntos Sociais e Educação no sentido de elaborar uma política comum; nível autonómico, pois ao transferir a responsabilidade pela Saúde, Assuntos Sociais, Educação, o Governo das diferentes Comunidades Autónomas deve assumir o estabelecimento dos recursos necessários para cada centro; nível dos recursos de AT, inclui profissionais das áreas de Saúde, Assuntos Sociais e Educação que desempenham as suas funções em equipas inter, multi e transdisciplinares (GAT, 2000, 2005a).

2.3.2. Legislação internacional subscrita pela Espanha

Ao longo do ponto anterior pode perceber-se que ao longo do tempo muitos foram os normativos publicados na área da Educação e da Educação Especial e embora não exista um normativo estatal específico para a *Atención Temprana*, a sua evolução foi sendo influenciada pela legislação internacional. Esta permitiu criar, desenvolver e adotar um sistema de apoio às crianças. Nesse sentido foram, de acordo com Clínica sobre Discapacidad del Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas

(2018), Cuevas, (2010), Cuevas e Veerman (2012), Grupo de Trabajo de Prevención Y Atención al Desarrollo Infantil (1995), Noriega (2012), Pérez-Ruiz (2015), Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía (1991), Vilorio (2011), adotados vários regulamentos internacionais que promoveram o desenvolvimento da *Atención Temprana*. A tabela 6 sintetiza esses normativos internacionais.

Tabela 6: Regulamentos internacionais que influenciaram a AT

Documento internacional	Ano de publicação
<i>Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño</i>	1924
<i>Declaración Universal de los Derechos Humanos</i>	1948
<i>Convenio Europeo de Derechos Humanos (Primer Protocolo)</i>	1952
<i>Declaración de los Derechos del Niño</i>	1959
<i>Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales</i>	1966
<i>Declaración de los Derechos de las Personas Minusválidas</i>	1971
<i>XXIX Asamblea Mundial de la Salud</i>	1976
<i>Declaración de Alma-Ata</i>	1978
<i>Warnock Report</i>	1978
<i>Carta Social Europea</i>	1980
<i>Año Internacional de los Disminuidos.</i>	1981
<i>Recomendación R (81)3</i>	1981
<i>Conferencia Mundial sobre las Acciones y Estrategias Para la Educación, Prevención e Integración (Declaracion Sundenberg)</i>	1981
<i>Programa de Acción Mundial para las Personas com Discapacidad (Resolución 37/52 de la Asamblea General de las Naciones Unidas)</i>	1982
<i>Resolución (84) 3, del Comité de Ministros del Consejo Europeo</i>	1984
<i>Convención de los Derechos del Niño</i>	1989

<i>Directrices de Tallinn</i>	1990
<i>Recomendación 1121 de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa</i>	1990
<i>Conferencia Mundial de Educación para Todos</i>	1990
<i>Manifiesto del grupo EURLYAID para una política futura de la Unión Europea.</i>	1991
<i>Resolución del Parlamento Europeo de 16 de septiembre</i>	1992
<i>Carta Europea de los Derechos del Niño</i>	1992
<i>Normas Regulatoras sobre Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad</i>	1993
<i>Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales (Declaración de Salamanca)</i>	1994
<i>Declaración de Derechos del Deficiente Mental</i>	1995
<i>Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (Resolución 48/96)</i>	1996
<i>Declaración de la Asamblea de Rehabilitación Internacional de Auckland sobre Prevención de Defectos Congénitos</i>	1996
<i>Convención Europea sobre el ejercicio de los Derechos de la Infancia</i>	1996
<i>Tratado de Amsterdam</i>	1997
<i>Convención sobre los Derechos de los Niños</i>	1998
<i>Declaración de Beijing</i>	2000
<i>Declaración de Roma</i>	2000
<i>Foro Consultivo Internacional para la Educación para Todos</i>	2000
<i>Resolución "Hacia una Europa sin Barreras para las Personas con Discapacidad"</i>	2001
<i>Carta Europea de los Derechos Fundamentales</i>	2002
<i>Declaración de Madrid</i>	2002
<i>Declaración de Málaga</i>	2003
<i>Comunicación sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad: Plan de Acción Europeo</i>	2003

<i>Recomendación Rec (2006)5</i>	2006
<i>Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad</i>	2006
<i>Carta de los Derechos fundamentales de la Unión Europea (2007/C 303/01)</i>	2007
<i>Declaración de Lisboa</i>	2007
<i>Conferencia Internacional de Educación en Ginebra</i>	2008
<i>Plan de Acción Europeo 2008-2009</i>	2009

Fonte: Elaboração própria baseada em Abellán et al. (2010), Cuevas e Veerman (2012), Fariñas (2011), GAT (2000, 2005a), Grupo de Trabajo de Prevención Y Atención al Desarrollo Infantil (1995) e Vilória (2012)

Podemos assim perceber que, desde os anos 70/80, a proteção da infância e o reconhecimento dos direitos das crianças bem como das pessoas com deficiência têm ganho visibilidade e que a publicação de normativos internacionais específicos nestas áreas influenciou o desenvolvimento da AT em Espanha.

2.3.3. Legislação de Âmbito Estatal

O reconhecimento dos direitos da criança deu início a um marco jurídico em Espanha. Este reduzido e recente marco jurídico deu origem a mudanças que deram lugar a um novo modelo de apoio à infância (Clínica sobre Discapacidad del Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas de la Universidad Carlos III de Madrid, 2018; Cuevas e Veerman, 2012; Fariñas, 2011; GAT, 2000, 2005a; Grupo de Trabajo de Prevención Y Atención al Desarrollo Infantil, 1995; Gútiez, 2010; Noriega, 2012; Pérez-Ruiz, 2015; Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, 1991; Rubio, 2017; Viloria, 2011).

Para além da Constituição Espanhola de 1978 existem documentos normativos de âmbito estatal que nos parecem ser importantes referir. Assim a tabela 7 destaca os normativos estatais publicados na área da Saúde.

Tabela 7: Normativos estatais na área da saúde

Normativo	Ano de publicação
<i>Orden de 30 de abril de 1980</i>	1980
<i>Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril)</i>	1986
<i>Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública.</i>	1986
<i>Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud</i>	1995

<i>Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.</i>	2002
<i>Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.</i>	2003
<i>Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.</i>	2003

Fonte: Elaboração própria baseada em Cuevas e Veerman (2012), Fariñas (2011), GAT (2000, 2005a), Grupo de Trabajo de Prevención Y Atención Al Desarrollo Infantil (1995), Ponte (2003), Vitoria (2011).

No âmbito dos serviços sociais elaborámos a tabela 8 na qual realçamos os seguintes normativos:

Tabela 8: Normativos estatais na área dos serviços sociais

Normativo	Ano
<i>Decreto 2421/1968, de 20 de septiembre, por el que se establece en la Seguridad Social la asistencia a los menores subnormales</i>	1968
<i>Decreto 2531/1970, de 22 de agosto, sobre empleo de trabajadores minusválidos.</i>	1970
<i>Real Decreto 2276/1978, de 21 de septiembre, por el que se regula el Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes.</i>	1978
<i>Real Decreto 1723/1981, de 24 de julio, sobre reconocimiento, declaración y calificación de las condiciones de subnormal y minusválido.</i>	1981
<i>Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos (LISMI).</i>	1982
<i>Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero, por el que se establece y regula el sistema especial de prestaciones sociales y económicas previsto en la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos</i>	1984
<i>Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.</i>	1996
<i>Real Decreto 140/1997, de 31 de enero, por el que se modifica parcialmente la estructura orgánica básica del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y se transforma el Instituto Nacional de Servicios Sociales en Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.</i>	1997
<i>Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras</i>	1999
<i>Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y</i>	

calificación del grado de discapacidad	1999
<i>Ley 39/1999</i> , de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras.	1999
<i>Real Decreto 1971/1999</i> , de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad.	1999
<i>Decreto 342/1999</i> , de 23 de diciembre, del Consejo de Gobierno	1999
<i>OM 2 de noviembre de 2000</i>	2000
<i>Plan Integral de Apoyo a la Familia 2001-2004</i> : ayudas fiscales para la atención de hijos pequeños, discapacitados o mayores dependientes	2001
<i>Ley 51/2003</i> , de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.	2003
<i>Real Decreto 1865/2004</i> , de 6 de septiembre, por el que se regula el Consejo Nacional de la Discapacidad.	2004
<i>Ley 39/2006</i> , de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.	2006
<i>Resolución de 23 de abril de 2013</i> , de la Secretaria de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se aprueba el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sobre criterios, recomendaciones y condiciones mínimas para la elaboración de los planes de prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal; datos básicos del sistema de información del SAAD y Catálogo de referencia de servicios sociales	2013
<i>Real Decreto Legislativo 1/2013</i> , de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.	2013

Fonte: Elaboração própria baseada em Clínica sobre Discapacidad del Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas de la Universidad Carlos III de Madrid, (2018), Cuevas e Veerman (2012), Fariñas (2011), GAT (2000, 2005a), Grupo de Trabajo de Prevención Y Atención Al Desarrollo Infantil (1995), Gútiéz (2010), Noriega, (2012), Pérez-Ruiz (2015), Ponte (2003), Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía (1991), Rubio (2017) e Viloría (2011).

No que respeita aos serviços educativos na tabela 9 evidenciamos os seguintes normativos:

Tabela 9: Normativos estatais na área da educação

Normativo	Ano
<i>Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa.</i>	1970
<i>Decreto 1151/1975, de 23 de mayo, por el que se crea el Instituto Nacional de Educación Especial.</i>	1975
<i>Plan Nacional de Educación Especial</i>	1978
<i>Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos (LISMI)</i>	1982
<i>Ley Orgánica del Derecho a la Educación (LODE) (Ley 1/1985, de 3 de octubre)</i>	1985
<i>Real Decreto 334/1985, de 6 de marzo, de ordenación de la Educación Especial.</i>	1985
<i>Ley Orgánica Reguladora del Derecho a la Educación (Ley 8/1985, de 3 de julio)</i>	1985
<i>Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) (1/1990, de 3 de octubre)</i>	1990
<i>Real Decreto 1330/1991, de 6 de septiembre, por el que se establecen los aspectos del currículo de la educación infantil.</i>	1991
<i>Orden, de 12 de noviembre de 1992, sobre evaluación en Educación Secundaria Obligatoria</i>	1992
<i>Orden de 9 de diciembre de 1992 por la que se regulan la estructura y funciones de los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica.</i>	1992
<i>Real Decreto 696/1995, de 28 de abril, de ordenación de la educación de los alumnos con necesidades educativas especiales.</i>	1995
<i>Real Decreto 82/1996, de 26 de enero, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico de las Escuelas de Educación Infantil y de los Colegios de Educación Primaria.</i>	1996
<i>Real Decreto, 299/1996, de 28 de febrero, de ordenación de las acciones para compensación de desigualdades</i>	1996
<i>Orden, de 14 de febrero de 1996, por la que se regula el procedimiento para la realización de la evaluación psicopedagógica y el dictamen de escolarización y se establecen los criterios para la escolarización de los alumnos con necesidades educativas especiales.</i>	1996
<i>Resolución de 30 de abril de 1996, de la Secretaría de Estado de Educación, por la que se regulan aspectos de ordenación académica de la Formación Profesional Específica de Grados Medio y Superior.</i>	1996

<i>ORDEN ECD/235/2002, de 7 de febrero, por la que se constituye el Foro para la Atención Educativa a Personas con Discapacidad y se establecen sus competencias, estructura y régimen de funcionamiento</i>	2002
<i>Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación.</i>	2002
<i>Real Decreto 828/2003, de 27 de junio, por el que se establecen los aspectos educativos básicos de la Educación Preescolar</i>	2003
<i>Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.</i>	2003
<i>Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación.</i>	2006
<i>Real Decreto 1630/2006, de 29 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas del segundo ciclo de Educación infantil</i>	2006
<i>Orden ECI/734/2008, de 5 de marzo, de evaluación en Educación Infantil</i>	2008
<i>Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa.</i>	2013

Fonte: Elaboração própria baseada em Abellán et al. (2010), Clínica sobre Discapacidad del Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas de la Universidad Carlos III de Madrid, (2018), Cuevas e Veerman (2012), Fariñas (2011), GAT (2000, 2005a), Grupo de Trabajo de Prevención Y Atención Al Desarrollo Infantil (1995), Gútiez (2010), Noriega, (2012), Pérez-Ruiz (2015), Ponte (2003), Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía (1991), Rubio (2017) e Vilorio (2011).

2.3.4. Legislação de Âmbito das Comunidades Autónomas

Ao longo dos últimos anos a *Atención Temprana* foi sendo reconhecida e promovida pelas diferentes Comunidades Autónomas da Espanha. Por todo o país foi sendo implementado todo um vasto conjunto de normativos, procedimentos e redes de serviços os quais se basearam em bases e princípios comuns. Contudo, quando adaptadas às diferentes realidades de cada Comunidade Autónoma gerou-se uma enorme diversidade de serviços no que diz respeito às áreas de cobertura, critérios, estruturas, procedimentos, objetivos, prioridades e disponibilidade financeira. As assimetrias a nível de regulamentos, financiamentos e organização são tantas que nem sempre é fácil reconhecer as características comuns e básicas entre as diferentes Comunidades Autónomas (Lopez, Ponte e Rubert, 2018; Serrano et al., 2016).

Como se pode perceber ao longo deste capítulo a *Atención Temprana* está afeta a três áreas: Saúde, Educação e Serviços Sociais pelo que a regulamentação desta está dispersa pelos vários normativos promulgados em cada uma das áreas. No relatório bastante recente sobre *Atención Temprana* apresentado pela *Clínica Jurídica sobre Discapacidad del Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas de la Universidad Carlos III de Madrid* (2018) é referido que a legislação relativa à *Atención Temprana* está “sujeta a diferentes títulos competenciales (el Estado tiene

competencias para dictar la legislación básica de Sanidad y Educación pero no en lo que se refiere a Servicios Sociales) y con diferentes niveles de protección” (p. 16). Refere ainda que somente o direito à Educação está contido na Constituição Espanhola mais precisamente na Primeira Sección, do Capítulo II, do Título I.

Desta forma a regulamentação da *Atención Temprana* emerge a nível das regiões autónomas. No mesmo relatório anteriormente mencionado refere-se que 65% das Comunidades Autónomas possuem um normativo específico sobre *Atención Temprana* contra os 35% que ou não a regulam ou o fazem num normativo geral. Daí que várias organizações sociais manifestem interesse na aprovação de um normativo estatal para a AT no qual se reconheça o seu direito e sejam estabelecidos padrões mínimos (Lopez et al., 2018). Salientar o documento político, criado pelo *Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad* [CERMI], o qual, apoiando-se no *Libro Blanco de la Atención Temprana* e também em alguns em normativos de origem internacional (Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, a Estratégia Europeia para as Pessoas com Deficiência) e de origem estatal (Constituição Espanhola e outros), defende um modelo universal, livre e inclusivo (Comité Español de Representantes de Personnas con Discapacidad [CERMI], 2017).

Nesse sentido apresentaremos em seguida alguns aspetos referentes a cada uma das regiões autónomas e para tal basear-nos-emos em três documentos específicos designadamente no estudo realizado por Diago, Pisón e Callau (2013), o qual retrata a realidade da *Atención Temprana* em Espanha, no relatório publicado pela *Clínica Jurídica sobre Discapacidad del Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas de la Universidad Carlos III de Madrid* (2018) e no livro “*Atención Temprana. La visión de los profesionales*” (Lopez et al., 2018) publicado pelo GAT.

Pela proximidade geográfica com a Beira Interior e também pela sua singularidade destacamos o caso da Intervenção Precoce na Extremadura.

Em 2003, através do *Decreto 54/2003*, a Junta da Extremadura cria o Centro Extremenho de Desenvolvimento Infantil (Artigo 1º). Ao fazer parte do Sistema de Saúde Público da Extremadura, a sua função é a de prestar apoio a “*todos los niños de la Comunidad Autónoma de Extremadura que presentan trastornos o disfunciones en su desarrollo independientemente del origen, tipo y grado de los mismos, o de los que están en una situación de riesgo biológico, psicológico o social*” (Artigo 2º, ponto 1, p. 6247). Com sede no Complexo Hospitalar Infanta Cristina de Badajoz, este centro passa a desenvolver funções e aplica “*los recursos necesarios en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura y sobre las personas menores de veintinueve años con vecindad administrativa en Extremadura*” (Artigo 3º, Ponto 1, p. 6247). Mais concretamente tem como objetivo “*potenciar la implantación y desarrollo de programas de prevención, educación sanitaria y atención integral a los niños de la Comunidad Autónoma de Extremadura que presentan trastornos en su desarrollo*” (Artigo 5º, Ponto 1, p. 6247).

Além da sua principal função de apoiar as crianças dos 0 aos 21 anos que apresentem perturbações ou disfunções no desenvolvimento, destacam-se ainda outras funções deste centro, as quais são descritas no ponto 2 do Artigo 5º. A primeira está relacionada com “Dar orientación periódica a las familias de estas personas respecto del diagnóstico, plan de intervención y seguimiento de las mismas así como de los recursos para llevarlos a cabo” (p. 6247). Além disso também lhe são incumbidas as tarefas de “Aprobar la elaboración de las estrategias de prevención de minusvalías de la Comunidad Autónoma Extremeña. Coordinar los recursos sanitarios existentes en la Región para conseguir los fines que tiene encomendados” (p. 6247). São ainda tarefas deste centro “Crear y mantener una base de datos de los recursos sanitarios, sociales, educativos y laborales, tanto públicos como privados, que facilite la información integral a los destinatarios de este Decreto” (p. 6247). Outra função desta entidade passa por detetar atempadamente “trastornos o disfunciones del desarrollo infantil o de situaciones de riesgo, con el fin de conseguir los resultados más óptimos de prevención, tratamiento y rehabilitación de esos trastornos desde el ámbito sanitario y en coordinación con otros ámbitos de intervención” (p. 6247).

De acordo com o Artigo 9º, este centro desempenha funções nas seguintes áreas: área administrativa, triagem analítica, genética, deteção precoce de hipoacusias, desenvolvimento neuroevolutivo, traumatismos infantis e juvenis, prevenção, deteção e seguimento da cegueira e equipa de apoio multidisciplinar e de reabilitação integral.

De acordo com Diago et al. (2013) a *Atención Temprana* na Extremadura estava regulamentada pelo *Decreto 151/2006*, de 31 de julio. Este regulamentava o *Marco de Atención a la Discapacidad en Extremadura* (MADEX), cuja entrada em vigor foi em 2006 e dependia do Ministério da Saúde, Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (SEPAD) mas foi posteriormente modificado pelo *Decreto 53/2007*, de 20 de marzo.

A extensa pesquisa permitiu-nos perceber que atualmente esta encontra-se regulamentada pelo *Decreto 225/2012*, de 9 de noviembre, passando este a regular o MADEX.

Além deste normativo foi também promulgada a *Ley 14/2015, de 9 de abril, de Servicios Sociales de Extremadura* a qual reorganiza o Sistema Público de Serviços Sociais, organiza o Sistema Público de Serviços Sociais em dois níveis, define competências e estabelece critérios e objetivos para a qualidade do sistema de serviços sociais.

Os seus serviços dependem de recursos próprios e de acordos (GAT, 2018) e os recursos não estão setorizados nem têm autonomia própria para receber os casos. Daí que somente são admitidos os casos referenciados pela Administração, por profissionais de Intervenção Primária de Saúde e das Equipas de Orientação Educativa através do *Centro de Atención a la Discapacidad de Extremadura* (CADEX). Apesar de ser exigido aos profissionais da equipa que tenham formação académica universitária na área social, da saúde ou da educação e um mínimo de 150 horas de formação específica em *Atención Temprana*. Existem programas preventivos de

rastreios pré-natais e neonatais, aconselhamento genético, deteção precoce de perda auditiva e de problemas do metabolismo genéticos (Diago et al., 2013).

No ano passado, em 17 de outubro de 2018, foi assinado um protocolo entre o *Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía Y Atención a la Dependencia* (SEPAD) e o *Servicio Extremeño de Salud* (SES), o qual estabelece os instrumentos e mecanismos de coordenação entre estas duas entidades no que se refere à melhoria da *Atención Temprana*. Este foi estabelecido pois o facto de existirem duas vias de acesso à AT (o *Decreto 151/2006* indica que a AT é da responsabilidade do SEPAD enquanto que a *Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía y de Atención a las Personas en Situación de Dependência* designa que esta é da competência dos Serviços Sociais) pode levar ao aparecimento de confusões por parte das famílias e, em alguns casos, uma utilização pouco eficiente dos recursos. Por isso as funções de cada uma destas entidades são estabelecidas no ponto III deste acordo. Neste acordo é ainda definida, no ponto IV, a criação de *Unidades de Promoción de la Autonomía* (UPA), um serviço que faz a referência das crianças com perturbações do desenvolvimento ou em risco de vir a ter e que podem vir a necessitar dos serviços de AT. Este serviço, especializado e interdisciplinar, depende do CADEX e funciona independentemente das *Equipos de Valorización Y Orientación* (EVO) (*Acuerdo entre el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia y el Servicio Extremeño de Salud para la Mejora de la Atención Temprana en Extremadura, 17 de outubro de 2018*).

Antes de nos referirmos aos relatórios mais recentes sobre AT nas diferentes Comunidades, parece-nos importante referir que, no relatório elaborado pela EADSNE, em 2010, são referenciados alguns aspetos relativos ao caso espanhol. Assim neste é referido que, a sul de Madrid, decorria um projeto-piloto de coordenação de serviços, o qual envolvia todos os serviços dirigidos à criança e à família, com o objetivo de promover o trabalho interdisciplinar. O mesmo relatório destacava que o trabalho interdisciplinar era um assunto abordado em diversos cursos de pós-graduação em AT, contudo este ainda não fazia parte dos currículos da formação inicial ou contínua. Nele também se refere que os serviços de AT estavam amplamente assentes num modelo de descentralização autonómica (EADSNE, 2010).

Para que possamos compreender a realidade das restantes Comunidades Autónomas apresentamos, em seguida algumas tabelas elaboradas por Diago et al., (2013) as quais nos permitem posteriormente apresentar algumas conclusões (Figura 11). Salientamos que neste estudo as Ilhas Canárias não indicaram quaisquer dados pelo que apenas foram tidas em conta dezoito Comunidades Autónomas.

	LEGISLACIÓN AT EN 2008	AÑO EN VIGOR	DEPARTAMENTO
ARAGÓN	SI	2003	Dpto. Servicios Sociales y Familia
ANDALUCÍA	NO	*	
P. ASTURIAS	NO	*	
BALEARES	NO	*	
CANTABRIA	SI	2007	Servicio Cántabro de Salud
CASTILLA-LA MANCHA	SI	1998	Consejería de Bienestar Social
CASTILLA Y LEÓN	SI	2005	Consj. Familia e Igualdad de Oportunidades
CATALUÑA	SI	2003	Consell. Serveis Socials i Ciudadania
CEUTA	NO		
EXTREMADURA	SI	2006	Consejería de Sanidad y Dependencia
GALICIA	SI	1998	Servicio Gallego de Salud
LA RIOJA	SI	2007	Consejería de Servicios Sociales
MADRID	NO		
MELILLA	NO		
MURCIA	NO		
NAVARRA	NO	*	
PAÍS VASCO	NO	*	
VALENCIA	SI	2001	Consellería de Bienestar Social
TOTAL	9	1998-2007	SERVICIOS SOCIALES / SALUD

Figura 11: Legislação em AT nas diferentes Comunidades Autónomas

Fonte: Diago et al. (2013, p. 167)

A análise da tabela anterior permite-nos constatar que, em 2013, apenas metade das Comunidades Autónomas dispunha de legislação específica em AT e que a maioria foi promulgada após o ano 2000. Na sua apresentação nas *I Jornadas de Desarrollo Infantil y Atención Temprana 2004*, Garcia (2004) salientou o caso de duas Comunidades Autónomas: a Catalunha que regulou a AT em 1995 através do *Decreto 206/1995, de 13 de junio*, e a Galiza que, passados três anos, também a regulamenta, através do *Decreto 69/1998, de 26 de febrero* mas de uma forma mais completa e detalhada do que a Catalunha.

Realçamos que entre 2013 e 2018 foi elaborado, pela *Clínica sobre Discapacidad del Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas de la Universidad Carlos III de Madrid (2018)* um outro estudo o qual veio demonstrar algumas alterações ao nível dos normativos. A tabela 10 permite-nos estabelecer comparações entre estes dois estudos.

Tabela 10: Tabela comparativa referente aos normativos publicados entre 2013 e 2018

Comunidade Autónoma	Dados obtidos em 2013 (Diago et al., 2013)	Dados obtidos em 2018 (Clínica sobre Discapacidad del Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas de la Universidad Carlos III de Madrid, 2018)
Extremadura	<ul style="list-style-type: none"> Decreto 151/2006 	<ul style="list-style-type: none"> Ley 4/2011, de 7 de marzo Ley 14/2015, de 9 de abril Decreto 151/2006, de 31 de julio
Aragão	<ul style="list-style-type: none"> Plan de Atención Temprana de la Comunidad Autónoma de Aragón. (2002) Ley 6/2002 Orden de 20 de enero de 2003 (B.O.A. 5/2/2003) Decreto 90/2007, de 8 de mayo. 	<ul style="list-style-type: none"> Ley 12/2001, de 2 de julio Ley 6/2002, de 15 de abril Decreto 217/2000, de 19 diciembre Orden de 25 de junio de 2001 Orden de 20 de enero de 2003 Decreto 113/2000, de 13 de junio
Andaluzia	<ul style="list-style-type: none"> Sem legislação específica que regule a AT Existe um normativo que transfere as competências acerca da AT para a Consejería de Salud (Ley 1/1999, de 31 de marzo) Também existe um Decreto Atención Temprana entre Consejerías de Salud/Educación/Igualdad 	<ul style="list-style-type: none"> Ley 4/2017, de 25 de septiembre Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, Ley 17/2007, de 10 de diciembre Orden de 3 de octubre de 2016.
Astúrias	<ul style="list-style-type: none"> Não existe legislação específica A gestão da AT depende da Dirección General de Mayores y Discapacidad 	<ul style="list-style-type: none"> Não faz qualquer referência a qualquer normativo
Ilhas Baleares	<ul style="list-style-type: none"> Não existe legislação específica Existe um Decreto á espera de aprovação 	<ul style="list-style-type: none"> Decreto 35/2011, de 8 de abril Documento CAPDI (Centro Coordinador de Atención Primaria para el Desarrollo infantil).
Ilhas	<ul style="list-style-type: none"> Sem dados 	<ul style="list-style-type: none"> AT sem regulação Ley 6/2014, de 25 de julio

Canárias		(refere a elaboração futura de um plano estratégico de intervenção à diversidade)
Cantábria	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Plan de Atención Temprana de Cantabria 2003-2006. Consejo de Gobierno 5/2003.</i> • <i>Ley de Cantabria 2/2007, de 27 de marzo.</i> • <i>Decreto 23/2007, de 1 de marzo.</i> • <i>Orden 26/2007, de 7 de mayo</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Sem uma norma específica para AT • <i>Ley 8/2010, de 23 de diciembre</i> • <i>Ley 2/2007, de 27 de marzo</i> • <i>Ley 6/2008, de 26 de diciembre</i>
Castela-Mancha	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Circular interna de noviembre de 2007 da Dirección General de Atención a Personas Mayores, Personas con Discapacidad y Personas en Situación de Dependencia.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ley Ley 7/2014, de 13 de noviembre</i> • <i>Ley 14/2010, de 16 de diciembre</i> • <i>Ley 7/2010, de 20 de julio</i>
Castela e Leão	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Instrucción 02/05/05</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ley 2/2013, de 15 de mayo,</i> • <i>Ley 16/2010 de 20 de diciembre</i> • <i>Decreto 53/2010 de 2 de diciembre</i> • <i>Decreto 58/2014 de 11 de diciembre</i>
Catalunha	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ley 4/1994, de 20 de abril</i> • <i>Decreto 261/2003, de 21 de octubre.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ley 18/2003, de 4 de julio</i> • <i>Decreto 261/2003, de 21 de octubre</i> • <i>Decreto 45/2014, de 1 de abril,</i> • <i>Ley 12/2007, de 11 de octubre</i> • <i>Ley 12/2009 de 10 de julio</i>
Ceuta	<ul style="list-style-type: none"> • Não existe legislação específica 	<ul style="list-style-type: none"> • Não faz referência a esta Comunidade Autónoma
Galiza	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Decreto 69/1998, de 26 de febrero</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ley 3/2011, de 30 de junio</i> • <i>Ley 13/2008, de 3 de diciembre</i> • <i>Decreto 229/2011, de 7 de diciembre</i> • <i>Ley 8/2008, de 10 de julio</i>

		<ul style="list-style-type: none"> • Decreto 183/2013, de 5 de diciembre
La Rioja	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto 126/07, de 26 de octubre • Orden 5/2009, de 15 de diciembre • Orden 1/2010, de 7 de enero • Orden 2/2010, de 11 de enero 	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto 3/2011, de 19 de enero
Madrid	<ul style="list-style-type: none"> • Sem legislação específica 	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto 46/2015, de 7 de mayo • Ley 6/1995 de 28 de mayo • Ley 11/2003 de 27 de marzo • Decreto 54/2015, de 21 de mayo • Decreto 17/2008, de 6 de marzo
Melilla	<ul style="list-style-type: none"> • Sem legislação específica 	<ul style="list-style-type: none"> • Sem qualquer referência a esta Comunidade
Região de Múrcia	<ul style="list-style-type: none"> • Sem legislação específica 	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 3/2003, de 10 de abril, • Ley 6/2013, de 8 de julio • Existe um projeto de Decreto para regular a intervenção integral da AT nesta região
Navarra	<ul style="list-style-type: none"> • Orden Foral de Atención Temprana, pendiente de publicação em outubro de 2009 	<ul style="list-style-type: none"> • Orden foral 317/2009, de 16 de octubre • Decreto Foral 69/2008
País Vasco	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto Foral 246/2007 de 18 de diciembre 	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 12/2008 de 5 de diciembre • Decreto 13/2016, de 2 de febrero
Comunidade Valenciana	<ul style="list-style-type: none"> • Orden de 21 de septiembre de 2001 • Ley 12/2008, de 3 de julio, de la Generalitat 	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 5/1997, de 25 de junio • Ley 12/2008, de 3 de julio • Orden de 21 de septiembre de 2001 • Ley 10/2014, de 29 de diciembre • Cartera de servicios de la Atención Temprana de la Comunitat Valenciana 2017

Fonte: Elaboração própria com base nos documentos da Clínica sobre Discapacidad del Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas de la Universidad Carlos III de Madrid, (2018) e Diago et al. (2013)

Vejamos em seguida como a AT tem vindo a evoluir desde 2013. No relatório publicado pela *Clínica sobre Discapacidad del Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas de la Universidad Carlos III de Madrid*, (2018) podemos constatar que: as Comunidades de Ceuta e Melilha não foram referidas neste documento; a Comunidade das Astúrias não faz qualquer referência a normativos; as Comunidades das Ilhas Canárias e de Cantábria continuam sem qualquer normativo que regule a Atención Temprana; e que várias Comunidades Autónomas passaram a regulamentar a AT nomeadamente Andaluzia, Ilhas Baleares, Madrid e Múrcia.

Além destas conclusões o citado relatório refere que: 65% das Comunidades Autónomas têm regulamentos específicos sobre AT, em comparação com 35% que não o regulam ou o fazem em regulamentos gerais; 59% das Comunidades Autónomas referem-se à AT como um direito; e a regulamentação das Comunidades Autónomas é adequada, mas ineficiente.

Embora em nenhum dos estudos referenciados anteriormente seja feita qualquer referência ao *Decreto 225/2012*, de 9 de noviembre, publicado na Extremadura, gostaríamos de o salientar pois, a extensa pesquisa permitiu-nos perceber que este passou a regular o MADEX revogando o *Decreto 151/2006* que aparece referido como normativo da AT em ambos os estudos.

A Figura 12 é uma tabela elaborada por Diago et al. (2013) na qual os autores mostram que a idade contemplada pela AT, em quinze Comunidades Autónomas, abrange as crianças dos 0 aos 6 anos de idade. No seu estudo os autores destacam quatro casos que não seguem esta direção nomeadamente: Andaluzia que apesar de abranger as crianças dos 0 aos 4 anos permite estender até aos 6 anos se não houver recursos noutros âmbitos; Castela e Leão que abarca as crianças dos 0 aos 3 anos e só em casos de não frequência da escola, estende a AT às crianças entre os 3 e os 6 anos; e Navarra e o País Vasco que apenas contemplam as crianças até aos 3 anos de idade.

Circuito asistencial:

	EDAD CONTEMPLADA	MINUSVALÍA	SECTORIZADO	AUTONOMÍA	DERIVACION
ARAGÓN	0-6	NO	NO*	NO	ADMINISTRACIÓN
ANDALUCÍA	0-4 / 0-6	NO	SI	SI	ADMINISTRACIÓN
P. ASTURIAS	0-6	NO	SI	SI	
BALEARES	0-6	NO	SI	SI	ADMINISTRACIÓN
CANTABRIA	0-6	NO	SI	SI	ADMINISTRACIÓN
C. LA MANCHA	0-6	NO	SI	NO	ADMINISTRACIÓN
CASTILLA Y LEÓN	0-3	NO	—	SI	
CATALUÑA	0-6	NO	SI	SI	
CEUTA	0-6	SI	NO	NO	ADMINISTRACIÓN
EXTREMADURA	0-6	NO	NO	NO	ADMINISTRACIÓN
GALICIA	0-6	NO	NO	NO	
LA RIOJA	0-6	NO	SI	—	
MADRID	0-6	NO	SI	SI	ADMINISTRACIÓN
MELILLA	0-6	SI	NO	SI	ADMINISTRACIÓN
MURCIA	0-6	NO	SI	SI	
NAVARRA	0-3	NO	SI	SI	ADMINISTRACIÓN
PAÍS VASCO	0-3	NO	NO	SI	ADMINISTRACIÓN
VALENCIA	0-6	NO	—	NO	
TOTAL	15	2	10	11	11

Figura 12: Idade contemplada pela AT em cada uma das Comunidades Autónomas

Fonte: Diago et al. (2013, p. 168)

Nas reflexões finais, Diago et al. (2013) defendem que deveria existir um normativo a nível estatal que garantisse os serviços mínimos para todas as Comunidades Autónomas no que se refere à *Atención Temprana*. Nesse sentido os autores apresentam dez propostas de boas práticas nomeadamente: 1. Deve existir, em todas as comunidades espanholas, não só legislação específica sobre AT, como também uma rede de recursos credenciados que permitam desenvolver estas intervenções, conforme acordado no *Libro Blanco de Atención Temprana*; 2. A AT deve ser gratuita e universal devendo garantir-se o direito a esta a todas as crianças que dela necessitem; 3. Deve dar-se mais autonomia aos CDIAT na receção dos casos por forma a agilizar a entrada nos Programas de AT; 4. Deve aumentar-se os recursos de intervenção intensiva e domiciliária; 5. Deve contemplar-se a intervenção centrada na família e no contexto; 6. Deve promover-se a AT nos meios rurais; 7. Deve promover-se a formação dos profissionais; 8. Deve dar-se especial atenção às Comunidades cujos dados não foram recolhidos ou cujos dados não foram suficientes para um profundo olhar sobre a AT; 9. Deve promover-se a unificação de alguns critérios de

valor mínimo, que permitam a inclusão ou não das crianças nos Programas de AT; 10. Devem os CDIAT ter pelo menos os perfis profissionais que garantam uma avaliação completa, médica, psicológica, social, cognitiva e linguística, assegurando esta intervenção global, biopsicossocial, referida no *Libro Blanco de Atención Temprana*.

Apesar da publicação do *Libro Blanco de Atención Temprana* (GAT, 2000, 2005a) constituir uma referência para a *Atención Temprana*, há ainda um longo percurso a percorrer para que a AT se torne uma realidade e assuma os contornos proclamados pela EURYLAIID. No livro *Recomendaciones Técnicas para el Desarrollo de la Atención Temprana* (GAT, 2005b) pode ler-se que existem ainda algumas imprecisões técnicas e/ou mal entendidos relativamente: aos princípios e conteúdos da AT quer ao nível da legislação estatal quer ao nível dos diversos normativos das diferentes Comunidades Autónomas; à contribuição do financiamento ou na aplicação de meios; aos objetivos e procedimentos de intervenção; e aos benefícios, disponibilidade de equipamentos ou distribuição territorial.

Por isso são considerados vários aspetos-chave necessários para o progresso e melhoria da AT em Espanha. De entre estes podem destacar-se a necessidade de: estabelecer bases comuns para a AT; atualizar, periodicamente, as orientações sobre as populações suscetíveis de intervenção e o âmbito temporal da AT; promover o desenvolvimento harmonioso de serviços específicos da AT em todo o país que, simultaneamente, facilite a união com os recursos equivalentes da União Europeia; criar uma rede de CDIAT, através do aproveitamento dos atuais recursos existentes nas várias áreas, a qual poderia funcionar como estrutura de referência primordial para promover os princípios definidos no *Libro Blanco de Atención Temprana*; associar as atividades dos serviços especializados de AT com ações complementares em outras áreas e de ação; desenvolver concretamente a assistência, requisitos e gestão de serviços; garantir a participação das famílias na tomada de decisão no que diz respeito a questões-chave relacionadas com as suas vidas diárias; e analisar as necessidades de formação e procedimentos de financiamento (GAT, 2005b).

Também Schmitterlöw (2012) no livro "*Atención Temprana: bases para um modelo de intervención familiar. Modelo de Atención Temprana*" defende que, após doze anos da publicação do *Libro Blanco de Atención Temprana* (GAT, 2000, 2005a), tanto os conceitos como as abordagens defendidas neste manual ainda não são implementadas, ainda que a AT tenha sido aceite por todos. Na prática tal não acontece por dois motivos. O primeiro está associado à falta de recursos ou práticas específicas. O segundo está relacionado com o facto de a intervenção dos profissionais assentar em rotinas instaladas, podendo levar ao aparecimento de alguns casos de instituições presas ainda nas práticas de estimulação precoce fazendo com que não decorra a disponibilização dos recursos necessários a uma AT de qualidade, i.e., uma intervenção sistemática e familiar em que as famílias têm um lugar ativo e participativo. A autora salienta que a falta de coordenação entre as entidades envolvidas bem como determinados níveis de profissionalismo devem deixar de existir. Nesse sentido esta evidencia alguns aspetos que devem ser tidos em conta ao longo do processo de AT designadamente: a unificação de critérios e da faixa em todo

o país sempre tendo em conta que o importante não é determinar a faixa etária mais apropriada para a intervenção, mas encontrar a forma mais adequada de intervenção para cada idade e para cada caso; a capacidade de adaptação dos profissionais e instituições no que diz respeito a mudanças na sua estrutura organizacional e na flexibilidade de tempo sempre tendo em consideração que a família e o meio são elementos fundamentais do processo; o reconhecimento do caráter preventivo que a AT tem atualmente; o respeito pela criança na sua globalidade, i.e., ter em conta os aspetos biológicos, psicossociais e educacionais de cada criança; a importância do envolvimento de vários profissionais os quais devem estar organizados em equipas de natureza interdisciplinar com caráter transdisciplinar; e a necessidade de planificar as intervenções. Para tal a autora defende que são necessárias políticas de ação que promovam a universalização dos recursos e dos serviços, a formação dos profissionais bem como a elaboração de programas de prevenção eficazes.

Em 2017, também o *Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad* (CERMI) elaborou um relatório, "*CERMI Atención Temprana: Por el derecho primordial de la infancia a la salud y a su pleno desarrollo*", no qual realçava a sua posição relativamente à AT. Neste reivindica um serviço de *Atención Temprana* baseado num modelo universal, livre e inclusivo já que atualmente os atuais serviços não são suficientes para abranger todas as crianças que dela necessitam. Para tal baseou-se em diversos estudos e relatórios designadamente o "*Libro Blanco de Atención Temprana*" (GAT, 2000, 2005a) e em normativos internacionais como a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, a Convenção dos Direitos Internacionais das Pessoas com Deficiência, a Estratégia Europeia 2020 na deficiência e até a própria Constituição Espanhola e a Lei dos direitos do povo com deficiência e inclusão social de 2013. A sua posição também se baseia no relatório "*La Realidad Actual de la Atención Temprana en España*" (Diago et al., 2013) já que este denuncia a baixa taxa de cobertura dos serviços de AT e o facto da legislação de algumas Comunidades estar já muito ultrapassada (publicada nos anos 80/90). Assim sendo, neste relatório são apresentadas algumas propostas as quais se baseiam no pressuposto de que a AT deve: ser um direito universal de todas as crianças com alterações no seu desenvolvimento ou que possam vir a ter; oferecer um serviço de qualidade adaptado às necessidades não só da criança como da sua família; e ter ao dispor meios e recursos públicos. As propostas apresentadas pelo CERMI são: a aprovação de uma *Ley Orgánica de Universalización de la Atención Temprana y el Apoyo al Desarrollo Infantil*, a qual serviria para estabelecer protocolos de ação, ajustar obrigações nacionais e internacionais bem como estabelecer serviços mínimos em toda a Espanha. Para além disso esta entidade também realça a necessidade de criar organizações relacionadas com AT, as quais devem trabalhar, simultaneamente, com as diferentes administrações e organizações no campo da infância. Outros aspetos abordados neste relatório são: a definição de bases de financiamento suficiente dos serviços de AT, tanto pelas Comunidades como pelo Estado; o reforço da avaliação em AT por forma a melhorar a qualidade de serviços; a capacitação das famílias atendendo às suas necessidades; a aposta na pesquisa através da criação da

Sociedad Científica Española de la Atención Temprana y el Desarrollo Infantil; e a melhoria constante da formação de profissionais que atuam ao nível da *Atención Temprana* (CERMI, 2017).

2.3.5. Princípios básicos da Atención Temprana

O Libro Blanco de la Atención Temprana (GAT, 2000, 2005a) define vários princípios básicos da *Atención Temprana* nomeadamente: diálogo, integração e participação; gratuidade, universalidade, igualdade de oportunidades e responsabilidade pública; interdisciplinaridade e alta qualificação profissional; coordenação; e descentralização e sectorização.

Relativamente ao primeiro princípio, diálogo, integração e participação, a AT deve ter em consideração o respeito pelas características sociais da criança, a colaboração com a família (pais, irmãos e avós) bem como o respeito pela cultura, valores e crenças desta. Numa abordagem centrada na família, é fundamental que a AT tenha em conta as necessidades e interesses da família bem como os direitos desta em receber informações e participar nas decisões relacionadas com o seu filho. Sendo que o objetivo é promover integração familiar, escolar e comunitária da criança é necessário promover a participação social no desenvolvimento de planos e programas dirigidos a esta através do movimento associativo profissional em cada área ou distrito territorial (GAT, 2000, 2005a).

Neste mesmo manual a gratuidade, universalidade e igualdade de oportunidades é considerado como o segundo princípio. O papel da *Atención Temprana* é atuar na prevenção, i.e., evitar riscos promovendo a igualdade de oportunidades no acesso aos diversos contextos da vida social: a integração na família, a convivência e a socialização numa escola inclusiva, a inclusão numa comunidade capaz de compreender a diferença. Devido às suas origens e objetivos, é necessário que a AT seja um serviço público, universal e gratuito para todas as crianças e famílias que dela necessitam. Deve por isso ser um programa completo através do qual se obtêm apoios técnicos e se eliminam barreiras que promovem a integração.

No que diz respeito ao terceiro princípio, Interdisciplinaridade e alta qualificação profissional, é fundamental perceber que a interdisciplinaridade é muito mais do que a soma paralela dos conhecimentos das diferentes disciplinas. A formação de profissionais de AT implica formação específica assente num quadro conceptual comum no qual todos têm um espaço de desenvolvimento próprio através da reflexão e do trabalho de equipa. Assim sendo, este quadro comum, identifica quatro áreas designadamente: a especialização em desenvolvimento psicomotor infantil por forma a compreender os processos típicos e atípicos; os pontos chave relativos à evolução da crianças nas diferentes idades; o aprofundamento da psicossociologia da dinâmica familiar no sentido de compreender o sistema familiar, as suas especificidades culturais, económicas, organizacionais, ciclos de vida; o conhecimento da realidade no ponto de vista legislativo, institucional sociológico e antropológico (características

sociais e antropológicas, habitat e ambiente geográfico da comunidade); e formação e experiência suficiente sobre trabalho de equipa, dinâmica de grupos, distribuição de papéis, estratégias de tomada de decisão, entre outros. A elaboração regular de planos de formação bem como a supervisão contínua são, por isso, condições necessárias para a qualificação dos serviços de AT (GAT, 2000, 2005a).

No *Livro Blanco de Atención Temprana* (GAT, 2000, 2005a) a coordenação é definida como o quarto princípio devendo esta ser baseada em protocolos de referência básica e registos de informações comuns sugerindo-se que estes sejam acordados com as associações de pais e federações salvaguardando sempre a privacidade. Também é referido a crucial necessidade de os serviços organizarem o processo informação diagnóstica ou de transição para a escola bem como das famílias terem um profissional responsável de caso com quem possam entrar em contato para esclarecer dúvidas tendo sempre em conta que a intervenção das várias entidades ou de vários profissionais pode gerar dispersão.

No que se refere ao quinto princípio, a descentralização, este refere-se à criação de um sistema organizado em torno das necessidades da família, na sua proximidade, incluindo a prestação de serviços domiciliário bem como a sua inserção nas redes de intervenção primária na saúde e creches sempre salvaguardando e promovendo a qualidade de vida (GAT, 2000, 2005a).

O último princípio definido no *Livro Blanco de Atención Temprana* (GAT, 2000, 2005a) denominado de setorização refere-se à necessidade de limitar o campo de atuação dos serviços para que se possa garantir uma coexistência equilibrada entre proximidade e conhecimento da comunidade e o meio, funcionalidade e qualidade operativa das equipas.

Consideramos importante referir-nos à recente publicação do livro: *“Guía básica sobre Atención Temprana y Transformación”*. Este pretende ser um recurso para os profissionais de AT orientando-os para as práticas centradas na família e em contextos naturais. De acordo com Sánchez (2019) pretende-se uma AT fundamentada em vários aspetos: o conhecimento já adquirido sobre o desenvolvimento humano e suas alterações; o recurso a práticas baseadas em evidências e ética; abordagens centradas na família sempre incluindo a criança; a aquisição de maior bem-estar familiar; a obtenção de maior bem-estar e desenvolvimento pessoal; intervenções em contextos naturais; e ações para contribuir para difusão de contextos protetores e inclusivos (Sánchez, 2019).

2.4. Instituições de referência na Intervenção Precoce em Portugal e Espanha

Para podermos caracterizar e compreender a realidade da Intervenção Precoce no nosso país e em Espanha é essencial que se faça alusão às duas instituições de referência nesta área quer em Portugal quer na Espanha.

Nesse sentido faremos apenas uma breve caracterização destas já que na segunda parte do estudo, mais precisamente no ponto três, iremos aprofundar a análise comparativa dos dados recolhidos na componente empírica dos estudo uma extensa caracterização de cada uma delas.

2.4.1. Associação Nacional de Intervenção Precoce (ANIP) - Portugal

A Associação Nacional de Intervenção Precoce, doravante designada de ANIP, surgiu em 1998, com o objetivo de divulgar as boas práticas na Intervenção Precoce em Portugal (ANIP, 2010, 2019; Carvalho e Valério, 2010).

Trata-se de uma entidade de referência para a Intervenção Precoce que nasceu a partir da experiência exemplar do Projeto Integrado de Intervenção Precoce e que conjuntamente com pais, profissionais e investigadores no desenvolvimento qualificado dos processos de Intervenção Precoce em Portugal, promove, através das quatro grandes áreas de intervenção definidas na respetiva missão, o apoio à implementação da IP a nível nacional, a formação, a investigação e o apoio a crianças, famílias e técnicos de IP (ANIP, 2010, 2019).

2.4.2. Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT) - Espanha

O Grupo de Atención Temprana, atualmente designado por *Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana* (GAT), é constituído por um grupo de especialistas das diversas comunidades autónomas e com o apoio não só do *Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía* como também com o apoio da FEAPS e da *ONCE* (GAT, 2000, 2005).

Foi criado com o objetivo de elaborar um manual consensual entre todos os profissionais, o "*Libro Blanco de Atención Temprana*" cuja publicação pretendia fundamentar a AT tornando-se por isso numa referência para as administrações públicas, os profissionais, as associações e as famílias (GAT, 2000, 2005a).

Em 2001 estabeleceu-se como *Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana* (López, Ponte e Rubert, 2018) e tem feito diversas publicações na área da Atención Temprana.

2º Capítulo: Estudo Empírico

O presente capítulo tem por objetivo descrever os procedimentos e métodos utilizados na realização desta investigação. Apresentamos em seguida, uma especificação de todos os métodos, procedimentos e etapas da análise de conteúdo pretendida, culminando na explicitação minuciosa acerca da recolha, do tratamento e da análise dos dados.

1. Natureza do estudo

Para Marconi e Lakatos (2003) a pesquisa “é um procedimento formal, com método de pensamento reflexivo, que requer um tratamento científico e se constitui no caminho para conhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais” (p.155). Não se trata apenas de procurar a verdade, mas sim encontrar respostas para as questões apresentadas usando métodos científicos (Lakatos e Marconi, 1992).

As Ciências Sociais têm como objetivo comum a procura do conhecimento da realidade (Silva e Pinto, 1986) e a sua constituição está profundamente relacionada com a evolução socioeconómica, política e teórica que se verificou ao longo dos séculos XVII, XVIII e XIX (Silva, 1986). Embora em ritmos desiguais, cada uma das disciplinas foi-se afirmando, como saber especializado, demarcando-se da “tradição filosófica, as cosmovisões religiosas e o conhecimento do senso comum (Silva, 1986, p. 29). Estas assentam na reflexão teórica e na observação empírica e, de acordo com Silva (1986), Émile Durkheim e Gaston Bachelard em muito contribuíram para esta mudança de pensamento. Gil (2008) acrescenta que foi, principalmente no século XIX, graças à influência do Positivismo, que as Ciências Sociais se constituíram.

Ao contrário da pesquisa quantitativa em que as diversas variáveis são operacionalizáveis, a pesquisa qualitativa responde a assuntos muito específicos e profundos das relações como motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (Minayo, 2002).

Silva (2013) considera que este tipo de investigação permite abordar os fenómenos sociais pois interpreta a realidade “não apenas pela busca das causas, mas pelo reconhecimento das interdependências entre os fenómenos objectivos e subjectivos” (para. 71).

De acordo com Carmo e Ferreira (2008) este tipo de método caracteriza-se por ser indutivo, pois é a partir dos padrões provenientes da recolha de dados que os investigadores desenvolvem conceitos e compreendem fenómenos; holístico pois os sujeitos são vistos como um todo sendo o seu analisado o seu passado e presente; e naturalista pois o investigador avalia as situações e os dados de uma forma natural, i.e., envolvem-se com os sujeitos até compreenderem a situação. Por isso os autores

referem que o “paradigma qualitativo postula uma concepção global fenomenológica, indutiva, estruturalista, subjectiva e orientada para o processo (p.195)”.

De uma forma generalizada pode então dizer-se que a metodologia qualitativa se orienta por uma perspetiva hermenêutica e interpretativa dos fenómenos, mas que apresenta alguns constrangimentos. Sendo que o investigador é o “instrumento” da recolha de dados há por isso que perceber que a validade e a fiabilidade dos dados vão depender da sensibilidade, do conhecimento e também da experiência do investigador (Carmo e Ferreira, 2008). Silva (2013) refere que como se trata de pesquisas originais e irrepetíveis que não seguem critérios metodológicos explícitos, também a replicabilidade é posta em causa e que por tudo isto o investigador deve ter cuidados redobrados nomeadamente recorrer ao pluralismo metodológico.

Na mesma linha, Gil (2008) apresenta algumas dificuldades que poderão surgir ao longo de uma investigação desta natureza: o problema da objetividade, da quantificação, da experimentação e da generalização.

Relativamente ao primeiro problema, o da objetividade, os factos sociais devem ser tratados como coisas (Gil, 2008). Segundo o autor é necessário que investigador das ciências sociais adote procedimentos idênticos aos das ciências naturais, i.e., os factos sociais devem ser tratados como coisas.

De acordo com o mesmo autor (Gil, 2008) o problema da quantificação, prende-se com o facto de estes dificilmente poderem ser analisados como coisas, uma vez que são produzidos por seres que sentem, refletem, atuam e reagem, e por isso também eles capazes de direccionar a situação de diferentes maneiras. Além disso o investigador também ele é um ator que sente, age e exerce sua influência sobre o que investiga.

Por sua vez o problema da experimentação está relacionado, como o autor refere, com a incapacidade do investigador em ser capaz de introduzir modificações nos fenómenos que pretende pesquisar.

Por último as pesquisas nas ciências sociais apenas conduzem à identificação de tendências ao contrário das ciências naturais cujas pesquisas levam ao estabelecimento de leis (Gil, 2008)

Apesar de todos estes constrangimentos, as pesquisas sociais têm algumas vantagens nomeadamente o facto de poder ser realizada uma análise detalhada e exata de alguns casos e de os participantes terem uma maior liberdade para decidir o que é importante para eles e para expô-los nos seus contextos (Flick, 2013).

Numa investigação científica, cabe ao investigador a tarefa de escolher qual o melhor *design* que melhor se adegue para obter os objetivos do estudo. Terá de adotar um método, isto é, um meio que lhe permita obter os resultados pretendidos. Este deverá ser escolhido tendo em conta o enfoque da pesquisa, dos objetivos, das questões elaboradas, o tipo de estudo a ser realizado e das hipóteses formuladas.

Por forma a tentar dar resposta à pergunta inicial “Será que há pontos de contacto entre Portugal e Espanha na organização e operacionalização da IP?” torna-se importante desenvolver este estudo na medida em que este vai permitir compreender de forma intensa e aprofundada o quadro organizativo e conceptual da Intervenção Precoce em Portugal e Espanha.

Assim sendo considera-se pertinente a utilização de uma metodologia qualitativa já que o objetivo deste estudo é compreender a realidade da Intervenção Precoce em Portugal e Espanha, mais concretamente, caracterizar, numa perspetiva comparativa, a IP nos dois países, na busca de pontos de interseção, reveladores de mais uma possível semelhança entre duas sociedades tão interligadas geográfica, afetiva e culturalmente. Nesse sentido pretendemos identificar similitudes e divergências entre Portugal e Espanha no que respeita à Intervenção Precoce.

Ao pretender compreender como se organiza a IP em Portugal e Espanha, o método selecionado foi o estudo de caso. De acordo com Yin (2001) os estudos de caso são usados quando se colocam questões do tipo “como”, quando o investigador não controla totalmente as circunstâncias e quando a origem se encontra em fenómenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real.

Mais concretamente trata-se de um estudo de caso descritivo pois o que se pretende é descrever a realidade da IP em Portugal e Espanha. Yin (2001) refere que neste tipo de estudo o investigador não há necessidade de estabelecer ligações casuais e a análise feita é mínima. O autor defende ainda que neste tipo de estudo o investigador “tem apenas a obrigação de se sentir livre para “descrevê-lo como ele realmente é” (p. 128). A postura adotada ao longo da realização do estudo não subscreve a opinião de Yin pois apesar de não pretendermos estabelecer relações causais, tivemos como preocupação apoiar a descrição em pesquisas bibliográficas exaustivas e numa análise aprofundada.

Assentando numa metodologia essencialmente descritiva e analítica é também utilizada a descrição histórica sobre a evolução da IP pois neste estudo são analisados acontecimentos e instituições relacionados com a IP que permitem apurar a sua influência na sociedade. De acordo com Marconi e Lakatos (2003), a análise de acontecimentos, processos e instituições do passado permite apurar a sua influência na sociedade de hoje, já que as instituições alcançaram sua forma atual através de mudanças de suas partes componentes, ao longo do tempo, influenciadas pelo contexto cultural particular de cada época.

Esse enquadramento metodológico permite integrar uma descrição assente em critérios de rigor e fundamentação conceptual, permitindo, ao mesmo tempo, que o investigador apresente a análise e reflexão marcadas pela sua subjetividade. De acordo com Carmo e Ferreira (2008) esta “descrição deve ser rigorosa e resultar diretamente dos dados recolhidos.” (p. 198) podendo ser recolhidos por meio de entrevistas, documentos escritos. Acerca das técnicas de recolha falaremos mais à frente no ponto quatro.

2. Problemática e propósitos do estudo

Ao longo do primeiro capítulo foi sendo evidenciado que a realidade da IP na Europa assume contornos bastantes distintos nos vários países (European Agency for Development in Special Needs Education [EADSNE], 2005). Mais concretamente, no caso de Portugal e da Espanha ao longo dos tempos, as assimetrias de região para região, que foram surgindo, ao nível das práticas de IP, tornaram-se mais evidentes levando a uma necessidade de criar um quadro de referência comum.

Do enorme interesse pessoal e profissional pela área da Intervenção Precoce e do contacto com esta estrutura enquanto Educadora de Infância do Ensino Regular, surgiu a pergunta que serviu de ponto de partida para este trabalho de investigação: “Será que há pontos de contacto entre Portugal e Espanha na organização e operacionalização da IP?”

Realçar, em segundo lugar, que, das 613 teses publicadas na área da Educação Especial até 2015, apenas 106 estão relacionadas com a Intervenção Precoce (Morato et al., 2015).

A pertinência deste estudo justifica-se pela inexistência de estudos comparativos entre Portugal e Espanha ao nível da IP. Existe apenas um estudo comparativo sobre a Educação Especial em Portugal-Extremadura (Blanco, 2012). Além deste existem apenas dois outros trabalhos que pretendem estabelecer comparações nas áreas de IP e Educação Especial, mas estes relacionados com Portugal e Brasil: uma tese de doutoramento relacionada com IP (Fernandes, 2016), e uma tese de mestrado, na área de Ciências da Educação, que se trata de um estudo comparativo entre Portugal e Brasil, na área da Educação Especial (Costa, 2013).

Também é possível encontrar informações acerca da IP em Espanha em teses de mestrado ou doutoramento (Gronita, 2014; Mendes, 2010; Tagethof, 2007), livros (Pimentel, 2005; Serrano et al, 2016), relatórios (European Agency for Development in Special Needs Education [EADSNE], 2005), atas de seminários e/ou conferências (Conselho Nacional de Educação [CNE], 2010). Contudo, os trabalhos em causa não têm como intenção a realização de comparações limitando-se estes a fazer explicações acerca do tema.

Esta curiosidade em perceber se as bases conceptuais e a organização do sistema de IP em Portugal e Espanha, dois países interligados geográfica, afetiva e culturalmente, apresentam similitudes, levou ao aparecimento de outras questões nomeadamente:

- Quais os motivos que levaram à publicação, pela ANIP, de “*Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um guia para Profissionais*” (Carvalho et al., 2016) e do “*Libro Blanco de Atención Temprana*” (GAT, 2000)?
- Quais as semelhanças entre as publicações da ANIP e do GAT?

- Quais as diferenças entre as publicações da ANIP e do GAT?
- Quais as orientações e recomendações descritas em cada uma das publicações?
- Quais as semelhanças entre Portugal e Espanha ao nível legislativo?

3. Sujeitos de estudo e fontes de análise

Para a caracterização dos sujeitos de estudo utilizámos várias fontes de documentação. No caso da ANIP para além dos documentos internos gentilmente cedidos pela instituição (fontes primárias), usámos ainda documentos provenientes de fontes secundárias mais especificamente artigos publicados em revistas de especialidade relacionadas com Educação de Infância, Educação Especial e Saúde. Para além disso usámos também as entrevistas gentilmente cedidas quer pelo presidente (Apêndice A) quer pela Diretora de Serviços da ANIP (Apêndice B).

No caso do GAT a caracterização deste foi feita apenas baseada em fontes secundárias. Apesar das várias tentativas via email com o GAT no sentido de obter documentação interna bem como entrevista com o presidente ou representante do GAT, não obtivemos resposta da parte desta instituição pelo que a caracterização desta entidade é feita apenas com base em artigos publicados em revistas.

4. Instrumentos e técnicas de recolha de dados

As pesquisas ou processos investigativos envolvem o levantamento de dados de diversas fontes, quaisquer que sejam os métodos ou técnicas empregadas. Assim, quando um investigador tenciona estudar um objeto este tem à sua disposição distintos instrumentos metodológicos, tendo em conta a natureza, o problema de pesquisa e o seu referencial teórico (Sá-Silva, Almeida e Guindani, 2009).

Quanto aos procedimentos, tendo em conta que o objetivo, é caracterizar, numa perspetiva comparativa, a IP nos dois países na busca de pontos de interseção, reveladores de uma possível semelhança entre duas sociedades tão interligadas geográfica, afetiva e culturalmente, utilizámos como, técnicas de recolha de dados a pesquisa documental e a entrevista bem como a técnica de análise.

Neste estudo vamos interpretar os dados cuja fonte de informação provém das entrevistas e de documentos internos gentilmente cedidos por uma das instituições, a ANIP, sendo por isso consideradas como fonte primárias. Estas fornecem informação direta (de primeira mão) os quais são obtidos através de documentos (registos internos, ficheiros) ou relatos orais de pessoas que testemunharam ou participaram em determinados acontecimentos sendo a entrevista o meio mais frequente para obter esses dados (Carmo e Ferreira, 2008) e que normalmente surgem durante o período de investigação (Dufly, 1997).

No caso concreto deste estudo consideramos que as entrevistas semiestruturadas são a melhor opção para recolher dados acerca das perceções dos presidentes das duas instituições ligadas à IP em Portugal e Espanha. Duarte (2004) refere que se o objetivo do investigador é “mapear práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos, mais ou menos bem delimitados, em que os conflitos e contradições não estejam claramente explicitados” (p.215), então as entrevistas são uma técnica de recolha de dados fundamental pois permitem ao investigador “fazer uma espécie de mergulho em profundidade, coletando indícios dos modos como cada um daqueles sujeitos percebe e significa sua realidade e levantando informações consistentes que lhe permitam descrever e compreender a lógica que preside as relações que se estabelecem no interior daquele grupo” (p. 215).

Desenroladas num contexto muito semelhante ao de uma conversa informal, as entrevistas semiestruturadas permitem ao investigador colocar novas perguntas ao entrevistado. Este tipo de entrevista caracteriza-se por ter perguntas abertas e fechadas sendo por isso muito utilizada “quando se deseja delimitar o volume das informações, obtendo assim um direcionamento maior para o tema, intervindo a fim de que os objetivos sejam alcançados” (Boni e Quaresma, p. 75).

As mesmas autoras referem que as vantagens deste tipo de instrumento são inúmeras, destacando uma delas: o elevado índice de respostas por parte das pessoas. Acrescentam também que este tipo de entrevistas permite uma cobertura mais profunda sobre determinados assuntos e uma maior interação entre o entrevistador e o entrevistado o que se traduz em respostas espontâneas.

Ao pretender obter dados sobre a realidade destes dois países no que diz respeito à IP e estabelecer comparações, tornou-se necessário criar, como refere Carmo e Ferreira (2008), um instrumento para recolher esses dados. Neste caso tratou-se da entrevista semiestruturada cujo guião (Apêndice H) foi elaborado após uma extensa revisão de literatura acerca da IP em Portugal e na Espanha bem como após análise de documentos internos gentilmente cedidos pela ANIP e posteriormente revisto pela orientadora do estudo. De referir que foi também elaborado o consentimento informado (Apêndice C), um documento no qual o investigador informa os sujeitos da investigação acerca da natureza e objetivos da investigação bem como da sua disponibilidade para lhes prestar os esclarecimentos necessários ao longo de toda a investigação.

As respetivas entrevistas aos representantes da ANIP foram realizadas presencial e individualmente em dia, hora e local á escolha dos entrevistados, sendo gravada em áudio e posteriormente transcrita na íntegra. Mais concretamente a entrevista A ocorreu em 24 de julho de 2019, com início às 11:06, na residência do presidente da ANIP tendo uma duração de 1:11.53 (Apêndice A). No caso da entrevista B esta aconteceu em 22 de agosto de 2019, com início às 10:23, nas instalações da ANIP tendo uma duração de 47.44 (Apêndice B).

Relativamente à entrevista com o representante do GAT efetuámos, através de email institucional, contactos com o presidente do GAT, em 11 de junho de 2019 tendo este mostrado interesse em participar no estudo. Contudo, perante a ausência de resposta ao email datado de 20 de julho de 2019, no qual se solicitava o agendamento da videochamada para realização da entrevista, no início de setembro a aluna voltou a enviar email não tendo obtido qualquer resposta. Perante a ausência de resposta, a orientadora do estudo, enviou email em 19 de setembro, solicitando a marcação da entrevista (Apêndice D). Nessa data o presidente do GAT revelou, num email enviado à orientadora, estar impossibilitado de participar no estudo por motivos profissionais, tendo indicado o email de dois representantes do GAT com os quais deveríamos entrar em contacto (Apêndice E). Iniciámos imediatamente contacto via email mostrando-se este muito disponível para responder às questões. Por forma a tornar o processo mais rápido, foram enviados, em 29 de setembro de 2019, os respetivos consentimento informados e as questões da entrevista traduzidas em espanhol. Contudo, desde 30 de setembro, data em que esclarecemos algumas dúvidas ao representante do GAT acerca da entrevista, que não obtivemos mais qualquer resposta até ao momento de entrega do trabalho (Apêndice F).

Desta forma não havendo a possibilidade de comparar entrevistas dos representantes dos dois países, as entrevistas realizadas quer ao presidente da ANIP quer à Diretora de Serviços da ANIP serão unicamente utilizadas como material de suporte para a caracterização da ANIP enquanto sujeito de caso.

Realçamos, contudo, que procederemos de igual forma à transcrição (Apêndice A e Apêndice B) e análise de conteúdo das referidas entrevistas (Apêndice G). De acordo com Vala (1986) a análise de conteúdo tem a enorme vantagem de possibilitar a análise de entrevistas abertas.

Bardin (1995) define que as diferentes fases de análise de conteúdo se constituem à volta de três polos cronológicos designadamente a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Relativamente à primeira, a pré-análise, refere-se à fase de organização e nesta fase a autora refere que se escolhem os documentos que irão ser submetidos a análise, formulam-se as hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final. No caso concreto do nosso estudo a extensa revisão de literatura efetuada permitiu a elaboração das respetivas categorias de análise de conteúdo dos manuais (Apêndice I) Estabelecemos três categorias as quais se subdividiram noutras categorias (subcategorias) e a partir daí foram preenchidas as respetivas grelhas de análise com os dados obtidos das entrevistas.

No que se refere fase de exploração do material esta consiste, de acordo com Bardin (1995), essencialmente na codificação dos dados. Uma vez que foram apenas realizadas duas entrevistas estas foram tratadas manualmente, sem qualquer recurso a programas informáticos. Assim no longo processo de codificação que foi feito e

tendo em conta que o objetivo da análise está relacionado com as opiniões dos presidentes das duas instituições, seleccionámos o tema como unidades de registo.

No ponto seis são apresentados os tratamentos dos resultados bem como são feitas as respetivas inferências e interpretados os resultados.

Uma componente complementar, mas essencial para a organização e análise dos dados foi a análise de conteúdo dos dois manuais (Apêndice I) publicados pelas duas entidades, a ANIP e o GAT os quais são considerados como fonte secundária. De acordo com Carmo e Ferreira (2008) e Dufly (1997) as fontes secundárias não são fontes originais, mas sim descrições escritas de alguém que não vivenciou os factos, mas a quem foi relatado os acontecimentos. No caso concreto deste estudo a análise de conteúdo dos manuais vai permitir realizar aquilo que Dufly (1997) refere como crítica interna. Nesta os conteúdos do documento são analisados rigorosamente procurando dar respostas a várias questões como: o tipo de documento, o tipo de linguagem usado, quem e quando o elaborou, os objetivos, entre tantas outras.

Nesse sentido, baseando-nos em Marconi e Lakatos (2003), foram elaboradas as respetivas categorias de análise de conteúdo dos manuais. Estabelecemos oito categorias as quais se subdividiram noutras categorias (subcategorias) e a partir daí foram preenchidas as respetivas grelhas de análise com os dados obtidos através da leitura.

5. Procedimentos éticos e legais

A proximidade anteriormente descrita entre o investigador e o sujeito da investigação neste tipo de investigação, faz com que muitas questões se levantem relativamente às questões éticas. A Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação [(SPCE), 2014] refere que qualquer investigação deve ser pautada pela exigência ética, rigor e qualidade sendo necessário por isso ter em conta determinados princípios.

De acordo com SPCE (2014) o sujeito da investigação tem direito à informação plena e esclarecida sobre a investigação e à sua participação nesta. Nesse sentido o investigador deve elaborar o Consentimento Informado, documento no qual o investigador informa os sujeitos da investigação acerca da natureza e objetivos da investigação bem como da sua disponibilidade para lhes prestar os esclarecimentos necessários ao longo de toda a investigação.

A mesma entidade refere ainda o direito à privacidade, à discrição e anonimato do sujeito de investigação bem como o direito a ser informados sobre os resultados da investigação bem como sobre a divulgação desses resultados.

Aos sujeitos da investigação também lhes é reservado o direito a manifestar dúvidas ou reservas relativamente à sua participação, com motivo ou sem motivo expresso pelo que o investigador deve informar previamente os participantes que

poderão, a qualquer momento, desistir da sua participação, sem qualquer inconveniente (SPCE, 2014).

Por último este mesmo documento acrescenta que o benefício e respeito pela integridade dos sujeitos em estudo deve ser tida sempre em conta pelo que os processos e resultados da investigação devem ser pensados e comunicados de forma a evitar qualquer situação que ponha em causa a sua integridade.

De forma a cumprir os procedimentos éticos inerentes a um estudo desta natureza, foi elaborado um guião de entrevistas com base em categorias e o respetivo consentimento informado (Apêndice C), os quais foram validados pela orientadora da tese. Posteriormente, foram realizadas as entrevistas semiestruturadas aos representantes da ANIP (Apêndice A e Apêndice B) em local, data e hora acordados com cada um dos entrevistados, as quais foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas.

6. Apresentação e análise de resultados

Como já referido anteriormente para fundamentar a caracterização de um dos sujeitos de estudo, a ANIP, utilizámos a pesquisa documental, i.e., analisámos documentos internos da ANIP, cedidos pela Diretora de Serviços da ANIP e a pesquisa bibliográfica, i.e., analisámos documentos provenientes de fontes secundárias mais especificamente artigos publicados em revistas de especialidade relacionadas com Educação de Infância, Educação Especial e Saúde. Para além destas fontes também usámos as entrevistas gentilmente cedidas quer pelo presidente (Apêndice A) quer pela Diretora de Serviços da ANIP (Apêndice B).

No caso do outro sujeito de estudo, o GAT, a sua caracterização foi feita apenas baseada em fontes secundárias. Apesar das várias tentativas via email com o GAT no sentido de obter documentação interna bem como entrevista com o presidente ou representante do GAT, não obtivemos resposta da parte desta instituição pelo que a caracterização desta entidade é feita apenas com base em artigos publicados em revistas. Consideramos que a impossibilidade de concretizar as entrevistas a responsáveis pelo GAT, mesmo que por razões alheias à investigadora, constitui um constrangimento significativo pois “ouvir a voz” dos intervenientes mais diretos iria permitir um aprofundamento do estudo.

6.1. Caracterização dos sujeitos de estudo

6.1.1. Associação Nacional de Intervenção Precoce (ANIP) - Portugal

A Associação Nacional de Intervenção Precoce surgiu em 1998, com o objetivo de divulgar as boas práticas na Intervenção Precoce em Portugal (ANIP, 2010, 2019; Carvalho e Valério, 2010). Para além destes autores o Presidente da ANIP (Apêndice

A) e a Diretora de Serviços da ANIP (Apêndice B) referem este aspeto nas suas comunicações pessoais.

Este projeto nasceu a partir da experiência exemplar do PIIP e atualmente promove a implementação de ações relacionadas com o apoio a crianças com NEE e às suas famílias em todo o território nacional (ANIP, 2019; Carvalho e Valério, 2010). Reunindo pais, profissionais e investigadores no desenvolvimento qualificado dos processos de Intervenção Precoce em Portugal, a ANIP promove, através das quatro grandes áreas de intervenção definidas na respetiva missão, o apoio à implementação da IP a nível nacional, a formação, a investigação e o apoio a crianças, famílias e técnicos de IP (ANIP, 2010). Nas suas comunicações pessoais o Presidente da ANIP (Apêndice A) e a Diretora de Serviços da ANIP (Apêndice B) também salientem este assunto.

A sua principal missão passa pela preocupação com a qualidade e eficácia dos serviços prestados às crianças e suas famílias bem como com a garantia dos seus direitos; prestação de formação e apoio técnico aos profissionais; e colaboração com diversas entidades, públicas e privadas, no estabelecimento de políticas e medidas na área da IP (ANIP, 2017). Também a diretora de Serviços da ANIP destaca em diversos momentos da sua comunicação pessoal (Apêndice B) a missão desta instituição.

As principais linhas de orientação estratégias são a promoção e apoio à implementação, estruturação e desenvolvimento da IP qualificada a nível nacional; apoio à capacitação dos profissionais, instituições e famílias para uma IP; incentivo e apoio à investigação nas diferentes vertentes da IP; apoio direto às crianças e respetivas famílias, aos técnicos e às instituições ao longo de todo o processo (referenciação, avaliação e supervisão), através de diversas ações de apoio social, saúde e educação e, sempre que possível, em parceria com as instituições públicas e privadas; criação de respostas de apoio às crianças e suas famílias, nomeadamente creches, jardim-de-infância, creches familiares, amas; criação de centros e espaços de desenvolvimento e atividades de estimulação, educativas, terapêuticas, lazer, convívio, articulação e troca de experiências; desenvolvimento de atividades de formação e informação promovidas pelos Centros de Formação certificados e de Centro de Formação Contínua de Professores; promoção da inclusão, como factor promotor de desenvolvimento humano de pessoas e grupos/comunidades; incentivo e desenvolvimento de atividades que visem a educação inclusiva; promoção da saúde e bem-estar das crianças e das suas famílias; encorajamento e desenvolvimento de atividades diversificadas que visem a inclusão das crianças e das suas famílias no meio social; cooperação na resolução de problemas de crianças e famílias conjuntamente com outras entidades; e organização de atividades diversificadas como motor de desenvolvimento humano de pessoas e grupos/comunidades (ANIP, 2019). Os representantes da ANIP também destacam esta aspeto nas suas comunicações pessoais (Apêndice A e Apêndice B).

Parece-nos por isso importante fazer uma breve revisão histórica do percursos desta. Como já referido anteriormente no ponto relativo à evolução histórica da Intervenção Precoce (Ponto 2.2.3), em Portugal surgiram, na década de 80 e 90, alguns projetos pioneiros na área da IP (Programa Portage, Projeto de Águeda, PIIP) mostrando uma evidente preocupação na criação de serviços adequados às crianças com NEE ou em risco de as desenvolver. De entre estes três, o PIIP foi o “primeiro programa de IP coordenado, multidisciplinar, inter-serviços envolvendo serviços de saúde, educação e segurança social, usando os recursos existentes na comunidade” (Carvalho e Valério, 2010, p. 26). Boavida (1995), Boavida e Borges (1990), Cruz et al. (2003) e Fernandes (2016) referem que este projeto é fruto do empenho de diversos profissionais que coordenavam vários serviços e que este tinha como objetivo criar uma estrutura ao nível da IP que cobrisse as necessidades no distrito de Coimbra. Para além destes autores o Presidente da ANIP (Apêndice A) e a Diretora de Serviços da ANIP (Apêndice B) referem este aspeto nas suas comunicações pessoais.

Com resultados positivos conhecidos nacional e internacionalmente, este projeto foi precursor de um modelo intersectorial único sendo mesmo considerado “como o “estado da arte” da intervenção precoce, contendo todos os elementos críticos que asseguram um programa de qualidade” (Carvalho e Valério, 2010, p. 26). Salientar que o primeiro normativo relativo à IP, o Despacho Conjunto nº 891/99, de 19 de outubro, fundamentava-se na estrutura do PIIP (Boavida e al., 2009; Carvalho e Valério, 2019) e que este serviu de exemplo para a visibilidade da IP ao nível internacional (Carvalho e Valério, 2010). Destacar também que o Presidente da ANIP quer a Diretora de Serviços da ANIP se referem a este aspeto nas suas comunicações pessoais (Apêndice A e Apêndice B).

Carvalho e Valério (2010) referem que com o alargamento das responsabilidades dos criadores do PIIP, foi necessário criar uma associação que possibilitasse a disseminação de boas práticas e dos princípios preconizados numa IP de qualidade. Nessa lógica, em 1998, surgiu, como associação, a ANIP, cujas competências e experiências muito se devem não só à colaboração no PIIP como também à participação noutros projetos e iniciativas interinstitucionais designadamente as parcerias com universidades e institutos ligados à IP (ANIP, 2017; Carvalho e Valério, 2010). Também relativamente a este tema os representantes da ANIP se manifestaram nas suas comunicações pessoais (Apêndice A e Apêndice B).

Desde a sua constituição como associação que a sua missão é “Pelas Crianças, com as famílias, criamos futuro” e por isso o seu trabalho tem sido no apoio à implementação da IP a nível nacional. Para além de estar diretamente envolvida na Estrutura de Intervenção Precoce no PIIP no distrito de Coimbra também participa ativamente na Estrutura de Intervenção Precoce de Aveiro na qual colabora com outros parceiros da cidade nomeadamente a Universidade, Hospital, Centro Distrital de Segurança Social (CDSS), DREC, e a ARS, fornecendo profissionais e apoio administrativo necessário ao desenvolvimento dos respetivos planos de ação, i.e., a sua contribuição é feita através de suporte técnico e jurídico (ANIP, 2010, 2017;

Carvalho e Valério, 2010). Atualmente a ANIP, participa diretamente em dezanove ELI's e com os seus vinte e dois colaboradores nas áreas de psicologia, serviço social, terapia da fala e fisioterapia, apoia cerca de 1500 crianças anualmente (ANIP, 2019). Na sua comunicação pessoal a Diretora de Serviços da ANIP (Apêndice B) salientou os aspetos atrás referidos.

Boavida e Carvalho (2003 citados por Carvalho e Valério, 2010) referem que ao procurar dinamizar e apoiar a IP a nível nacional, a ANIP serve de ponto de articulação entre serviços, oferece apoio técnicos a outros projetos, dinamiza e organiza ações de formação e/ou workshops além de promover anualmente os seus congressos. Acrescentam que a formação é uma área privilegiada da ANIP no sentido em que foi aprofundada e constituída tendo em conta os princípios chave recomendados após um levantamento de necessidades realizado no distrito de Coimbra. Quer o Presidente da ANIP quer a Diretora de Serviços da ANIP salientam nas suas comunicações pessoais (Apêndice A e Apêndice B) o papel desta entidade enquanto formadora dos profissionais de IP.

Na área da formação, anualmente, é elaborado um plano direcionado aos profissionais de IP com o objetivo de dotá-los com melhores competências de intervenção o qual inclui áreas relacionadas com o desenvolvimento infantil, o PIAF, a avaliação em Intervenção Precoce entre outras. Na área das conferências nacionais, esta também organiza, anualmente, um congresso de Intervenção Precoce, no qual se reúnem profissionais e famílias, no sentido de debater e partilhar problemáticas atuais nesta área (ANIP, 2010; Carvalho e Valério, 2010). Relativamente a este assunto também a Diretora de Serviços da ANIP faz questão de realçar este aspeto na sua comunicação pessoal (Apêndice B) tendo mesmo exibido em formato digital um documento no qual este assunto era analisado.

Para além das parcerias já referidas anteriormente, a ANIP também tem como objetivo a criação de um conjunto de núcleos especializados de apoio aos intervenientes a crianças, famílias e técnicos de IP como por exemplo o Centro de Apoio à Intervenção Precoce na Deficiência Visual (CAIPDV) (ANIP, 2019; Valério e Carvalho, 2010). Este surgiu em 2001, abrange seis distritos da Região Centro e pontualmente outras zonas do país e tem como objetivo apoiar as crianças e famílias no sentido de as capacitar com as competências e conhecimentos que proporcionem à criança com deficiência visual, o ambiente e cuidados específicos de que esta necessita (ANIP, 2019). Quer o Presidente da ANIP quer a Diretora de Serviços da ANIP destacam, com orgulho, nas suas comunicações pessoais (Apêndice A e Apêndice B) a criação do CAIPDV.

Na área da investigação, à data de publicação deste artigo, a investigação nesta área era incipiente, pelo que a ANIP, tendo em conta a escassez de trabalhos, procurou delinear um programa contínuo de investigação ação bem como colaborar em diversas investigações de mestrado e doutoramento e em projetos nesta área (ANIP, 2010). Ambos os representantes da ANIP salientam, nas suas comunicações

pessoais (Apêndice A e Apêndice B) a importância da ANIP colaborar com diversas instituições universitárias.

Para além de organizar ações de formação, workshops, seminários e congressos anuais a ANIP também, incentiva e apoia a investigação nas distintas vertentes da IP (ANIP, 2019).

De entre os muitos projetos desenvolvidos por esta associação parece importante destacar um trabalho que surgiu no âmbito do *Programa Ser Criança*, a convite de um serviço norte-americano, o CESA5- Portage Project. Consistia na tradução, adaptação e implementação a nível experimental de um currículo em IP, que ao longo de três anos, foi sendo desenvolvido. Este currículo "*Crescer: Do Nascimento aos Três Anos*" pretende apoiar técnicos e famílias ao longo da intervenção promovendo e facilitando uma abordagem ecológica e centrada na família (ANIP, 2010, 2019). Na sua comunicação pessoal (Apêndice B), a Diretora de Serviços da ANIP faz referência a este projeto.

Entre novembro de 2000 e julho de 2002 (Cruz et al. 2003), a ANIP também desenvolveu um Projeto, o Projeto *Investigar em Intervenção Precoce*, tendo este contado com o apoio do *Programa Ser Criança* e sido desenvolvido em articulação com o Grupo EURYLAIID. Este consistia na tradução, adaptação e aplicação às famílias apoiadas pelo Serviço de Intervenção Precoce de Coimbra, de uma escala de avaliação da satisfação das famílias em IP, a Escala Europeia de Satisfação das Famílias em Intervenção Precoce (ESFIP) (ANIP, 2010; Cruz et al., 2003). Para além deste objetivo específico, Cruz et al., (2003) referem, neste relatório, outros objetivos designadamente a necessidade de avaliar o trabalho desenvolvido com as crianças e as suas famílias no âmbito do PIIP Coimbra, de forma a impulsionar e qualificar a intervenção, prestando um serviço mais adaptado às necessidades das famílias; comprovar a viabilidade deste instrumento de avaliação, no sentido de promover a experimentação de novas metodologias de investigação-ação numa área em que a produção científica é escassa; identificar boas práticas de IP; proporcionar a conceção de um instrumento que possa vir a ser empregue noutros projetos/programas de IP nacionais ou de comunidades de língua portuguesa, permitindo a produção regular de conhecimentos nesta área; e participar num projeto europeu de investigação que ao envolver um vasto conjunto de países, possibilita a comparação do trabalho desenvolvido pelo PIIP com o trabalho de outros países europeus.

Para além destes projetos a ANIP também participou, em parceria com a Universidade de Aveiro, no projeto de investigação-ação denominado "*Construção de competências relacionais em Intervenção Precoce através do método Video Home Training- Video Interaction Guidance (VHT/VIG)*". Este projeto também contou com outros parceiros nomeadamente o Hospital Infante D. Pedro de Aveiro, a Câmara Municipal de Oliveira do Bairro, a Association for Interaction Guidance en Home Treatment e a Universidade de Amesterdão (Feliciano, Santos, Silva, Agra e Carvalho, 2015; Santos, Feliciano e Agra, 2015). Trata-se de um projeto que se desenvolveu ao

longo de três anos e que envolveu profissionais, famílias e crianças apoiadas pelo SNIPI em três distritos do país (Feliciano et al., 2015). A Diretora de Serviços da ANIP na sua comunicação pessoal (Apêndice B) também salienta a participação da ANIP neste projeto.

Ao procurar promover a colaboração com outras instituições nomeadamente universidades (ANIP, 2010, 2019; Carvalho e Valério, 2010), a ANIP tem como objetivo o desenvolvimento qualificado da IP, a dinamização do ensino especializado em IP, a investigação nesta área e a aproximação de saberes e práticas. Destaca-se por isso o trabalho de parceria no Grupo de Trabalho em Investigação (GTI), apoiado inicialmente pela Fundação Luso-Americana (Carvalho e Valério, 2010), com os outros parceiros nomeadamente a Universidade do Minho, do Porto e o Instituto Superior de Educação e Ciências de Lisboa (ANIP, 2010; Carvalho e Valério, 2010). Os autores acrescentam ainda que este grupo emergiu a partir de um desafio, lançado pelo Prof. Robin McWilliam, no congresso da ANIP, em 2006, que consistia na tradução e adaptação do modelo de intervenção baseado nas rotinas para Portugal e que, desde então, o grupo se reúne periodicamente, tendo sido criada uma oficina de formação que promove a implementação deste modelo. Salientar que quer na comunicação pessoal do presidente da ANIP (Apêndice A) quer na comunicação pessoal da Diretora de Serviços da ANIP (Apêndice B) o envolvimento e trabalho em equipa com outros parceiros e/ou instituições são aspetos frequentemente salientados.

A sua estreita ligação com a universidades, quer no domínio da formação quer no da investigação, aliada aos contactos internacionais que sempre preservou, permitiu a sua participação, em diversos congressos e projetos de investigação com peritos nacionais e prestigiados especialistas internacionais, sempre com o intuito de refletir sobre boas práticas em Intervenção Precoce (ANIP, 2017, 2019). Ambos os representantes da ANIP salientam, nas suas comunicações pessoais (Apêndice A e Apêndice B) a importância da ANIP colaborar com diversas instituições universitárias.

Assim em 2011, obteve a acreditação como entidade formadora pela DGERT e, em abril de 2016, a sua certificação abrangia quatro áreas de formação: serviço de apoio a crianças e jovens; trabalho social e orientação; formação de Educadores de Infância; e terapia e reabilitação (ANIP, 2019). Na comunicação pessoal da Diretora de Serviços da ANIP (Apêndice B) esta refere que esteve envolvida em todo o processo de acreditação da ANIP bem como formadora.

Como entidade de referência na área da Intervenção Precoce, a ANIP tem ao longo da sua existência mostrado o seu importante papel de consultor em diversas apresentações na Assembleia da República (Assembleia da República, 2017).

Em março de 2014, a ANIP foi convidada a participar num estudo cujo objetivo era a revisão do quadro normativo da Educação Especial. Desta forma, foi enviado um texto síntese, para o Grupo de Trabalho criado pelo Despacho nº 706-C/2014, no qual

apontava algumas sugestões que pudessem contribuir para melhorar as respostas no campo da Educação Especial. Neste documento a ANIP salientava que a sua enorme preocupação assentava na necessidade de solucionar as questões das sobreposições entre o DL 3/2008 e o DL 281/2009. Nesse sentido este documento recomendava não só a necessidade de articulação efetiva entre a ELI e a Educação Especial com mecanismos de coordenação e uma linha de procedimentos legalmente definida e corretamente regulamentada como também a necessidade de salvaguardar, que todas as crianças dos 0 aos 6 anos e suas famílias, independentemente do tipo de estrutura educativa, tenham o direito ao apoio de uma equipa transdisciplinar através da ação do Gestor de Caso, uma intervenção centrada na família sendo dada a oportunidade desta decorrer em contextos naturais e inclusivos bem como a um trabalho de consultadoria feita pela ELI. Além desta preocupação, a ANIP referia neste documento, duas outras preocupações adicionais nomeadamente a necessidade de reformulação dos mecanismos e procedimentos atuais de recrutamento dos educadores para a IPI dos Agrupamentos de Referência tendo sugerido a criação de um Grupo de Recrutamento Específico para a IP; e a necessidade de ajustar a legislação existente relativa à concessão do Subsídio de Educação Especial no que diz respeito às crianças dos 0 aos 6 anos considerando a existência do SNIPI. Além destas sugestões a ANIP recomenda a monitorização e avaliação eficazes da aplicação das medidas educativas e das práticas presentes nas escolas aos alunos com NEE poderá ser um fonte decisiva para que a escola se torne mais inclusiva (ANIP, 2014).

Mas foi em 2016, que a ANIP, enquanto entidade promotora do Projeto IM² - Intervir Mais, Intervir Melhor, publicou o livro *“Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um guia para profissionais”* (Carvalho et al., 2016). O Projeto IM² decorreu entre 2014 e março de 2016 (ANIP, 2019) e resulta de um longo trabalho colaborativo com diversos parceiros: universidades, famílias (através da representação da Associação Pais-em-Rede), SNIPI e a ANIP e foi apoiado financeiramente pela Fundação Calouste Gulbenkian, através do Programa Cidadania Ativa (ANIP, 2017; Carvalho et al., 2016). No manual também pode ler-se que a EURLY AID e o ISEI (International Society on Early Intervention), duas grandes instituições europeias ligadas à Intervenção Precoce, foram consultoras deste projeto (Carvalho et al., 2016). Destacar que ambos os representantes da ANIP, nas suas comunicações pessoais (Apêndice A e Apêndice B), expressaram enorme orgulho no manual que a ANIP publicou.

É também nas suas comunicações pessoais (Apêndice A e Apêndice B) que ambos revelam que o manual demorou 18 meses a ser elaborado e que foi apresentado solenemente na Fundação Calouste Gulbenkian. A Diretora de Serviços da ANIP acrescenta, na sua comunicação pessoal (Apêndice B), que já haviam tentado anteriormente candidatar-se a um projeto da Gulbenkian, um ano antes, mas a candidatura não foi aceite por falta de uma declaração do SNIPI. Refere ainda que formalmente o projeto começou em outubro de 2014 e terminou em março de 2016.

No prefácio do guia, o Presidente da ANIP, refere que este manual é o resultado de um processo de construção baseado na colaboração, na busca de consensos e no envolvimento dos seus diversos intervenientes. Acrescenta ainda que a colaboração próxima entre os elementos deste grupo de trabalho criado para o efeito, o empenho e o trabalho de todos os intervenientes anteriormente descritos permitiram criar um instrumento de referência para os profissionais de IP nos diferentes níveis (ELI, supervisão, formação ou coordenação).

Para a sua divulgação e conseqüente disseminação e consolidação dos conteúdos neste veiculados, foram organizados, em colaboração com o SNIPI, cinco seminários regionais e dezasseis ações de formação por todo o país destinados aos profissionais do SNIPI (ANIP, 2016; Carvalho et al., 2016). Este manual foi também divulgado na página WEB da Direção Geral de Educação onde se pode assistir à entrevista à Diretora de Serviços da ANIP (Direção Geral da Educação [DGE], s/d). Destacar também que na sua entrevista (Apêndice B), a Diretora de Serviços da ANIP para além de nos narrar como decorreu todo o processo de divulgação do manual também nos cedeu um documento interno no qual pudemos retirar a figura que se segue.

A figura 13 refere-se às formações realizadas em 2016 no âmbito do projeto de divulgação do manual *“Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um guia para profissionais”*.

Tabela 2 - Ações de formação cofinanciadas realizadas em 2016 - Im2, por número de formandos, duração, volume de formação, datas e local de realização

Área de formação	Identificação	N.º de formandos	Duração (horas)	Volume	Datas	Local	Região
762	<i>Das Práticas Recomendadas à reflexão sobre as Práticas em IPI</i>	25	24	600	2, 3 e 4 de fevereiro	Centro Distrital de Segurança Social (CDSS) Porto	Norte
		29	24	696	17, 18 e 19 de fevereiro	CDSS de Braga	
		26	24	624	2, 3 e 4 de março	CDSS do Porto	
		30	24	720	21, 22 e 23 de março	CDSS de Vila Real	
		30	24	720	24, 25 e 26 de fevereiro	CDSS de Aveiro	Centro
		30	24	720	9, 10 e 11 de março	DGESTE-DSRC, Coimbra	
		29	24	696	9, 10 e 11 de março	CDSS da Guarda	Lisboa e Vale do Tejo
		25	24	600	3, 4 e 5 de fevereiro	G1 - Sala de formação da DGESTE	
		24	24	576	3, 4 e 5 de fevereiro	G2 - Sala de formação do ISS	
		26	24	624	24, 25 e 26 de fevereiro	G3 - Sala de formação da ARSLVT	Alentejo
		23	24	552	10, 11 e 12 de fevereiro	ARS do Alentejo - Évora	
		27	24	648	10, 11 e 12 de fevereiro	CDSS de Portalegre	
		28	24	672	17, 18 e 19 de fevereiro	Escola Secundária D. Manuel I - Beja	Algarve
		30	24	720	27, 28 e 29 de janeiro	Escola Sec. Manuel Teixeira Gomes - Portimão	
		28	24	672	27, 28 e 29 de janeiro	Dgeste Faro	
29	24	696	27, 28 e 29 de janeiro	Escola EB2, 3 D. Manuel I - Tavira			
Total		439	384horas	10536 horas			

Figura 13: Ações de formação realizadas para divulgação do manual “Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um Guia para Profissionais”

Fonte: Associação Nacional de Intervenção Precoce [ANIP] (2016). *ANIP - Relatório & Contas 2016*. Documento Policopiado (p. 45)

Acrescentar ainda que recentemente foi assinado um protocolo entre a ANIP e a EURLYAID no sentido de traduzir o manual para a língua inglesa, o que permite disseminar o manual internacionalmente (ANIP, 2019). Na parte prática deste trabalho é apresentada a análise de conteúdo deste manual. Quer o Presidente quer a Diretora de Serviços da ANIP fazem alusão nas suas comunicações pessoais (Apêndice A e Apêndice B) à tradução do manual português para a língua inglesa.

Em maio de 2017, em representação da ANIP, estiveram presentes, na Conferência Parlamentar sobre Intervenção Precoce e Inclusão, José Boavida e Teresa Nuno Marques, os quais após as suas apresentações esclareceram dúvidas colocadas por diversas entidades e pessoas individuais (Assembleia da República, 2017). A ANIP enviou um documento no qual apresentava algumas preocupações salientando que essas se agravaram pela interrupção da atividade, desde o ano anterior, da Comissão

de Coordenação do SNIPI. Assim, baseando-se nos diversos estudos publicados em Portugal nesta área, a ANIP referia neste documento a necessidade de criar um Conselho Consultivo de apoio ao SNIPI constituído por especialistas da ANIP, universitários e por outros peritos e entidades relevantes que representem as famílias, o qual deveria ter em conta os seguintes aspetos: a melhoria da coordenação intersectorial e intrasectorial e aperfeiçoamento dos mecanismos de colaboração; consolidação de um sistema de IP com visão e objetivos comuns; consolidar o guia publicado pela ANIP como um referencial para o SNIPI; e qualificar os profissionais quer através da formação quer através da supervisão (ANIP, 2017).

Ao longo do seu longo trabalho, a ANIP tem vindo a constatar, através do levantamento das necessidades das famílias, que existem dificuldades de integração das crianças nos equipamentos educativos. Nesse sentido, indo ao encontro da sua filosofia, a ANIP, em setembro de 2009, implementou e dinamizou um novo espaço: uma creche e jardim de infância que se pretende que seja inclusiva, i.e., que acolha crianças independentemente das suas condições (Carvalho e Valério, 2010). Foi celebrado entre a ANIP e o Centro Hospitalar de Coimbra (atualmente Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra [CHUC]), um protocolo, através do qual esta passa a gerir a Creche e o Jardim de Infância localizados nos edifícios adjacentes às instalações da Maternidade Bissaya Barreto, em Coimbra. Este projeto distingue-se pela sua qualidade pedagógica pois valoriza o brincar e a estética, quer em contexto interior quer em contexto exterior, realçando os direitos, necessidades e interesses das crianças (ANIP, 2019). Nas suas comunicações pessoais (Apêndice A e Apêndice B) os representantes desta instituição falam, com orgulho, acerca da criação do projeto.

Em abril de 2017, conjuntamente com a Câmara Municipal de Coimbra e com uma Associação Sociocultural e Ambiental denominada Coimbra em Transição, foi estabelecido um protocolo de cooperação que possibilita a dinamização do Parque de Santa Cruz, enquanto espaço público, através do qual as crianças e suas famílias, através de um projeto, realizam diversas atividades nas áreas da educação, saúde e lazer (Câmara Municipal de Coimbra, 2017). O estabelecimento deste protocolo permitiu, à ANIP, iniciar, no ano letivo de 2017/2018, um projeto, o Projeto Florescer, que pretende proporcionar oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento de qualidade para as crianças, caracterizadas pelo brincar livre e pelo contacto com a Natureza (ANIP, 2019). Este protocolo também é destacado na comunicação pessoal da Diretora de Serviços da ANIP (Apêndice B).

Salientamos ainda que a ANIP usa as redes sociais para divulgação do seu trabalho não só ao nível da formação dos profissionais como também na divulgação de projetos direcionados para as crianças e as suas famílias e também à comunidade em geral.

No site da ANIP, consultado em 20 de agosto de 2019, pudemos encontrar disponível o Relatório de Contas de 2018. Em seguida destacamos alguns projetos e

acontecimentos que decorreram ao longo dos anos designadamente a comemoração dos 20 anos da ANIP através de diversas iniciativas (XIII Congresso Nacional de Intervenção Precoce na Infância & III Seminário Espaços para a Infância; VI Jornadas Deficiência Visual & Intervenção Precoce); celebração, em 2018, de um protocolo de cooperação com a Escola Superior de Educação de Coimbra quer nas áreas de formação, investigação científica e disseminação de práticas recomendadas quer na elaboração de um plano de estudos na área de especialização na Intervenção Precoce; a publicação, em 2017, da segunda edição do guia; conclusão do Projeto-Piloto de apoio à subcomissão do Alentejo através da formação em Supervisão Reflexiva; a possibilidade de tradução do manual para a língua inglesa por parte da EURLY AID; licenciamento do pré escolar e aumento da capacidade da creche para sessenta crianças a partir do ano letivo 2018/2019 (<https://www.anip.pt/wp-content/uploads/2019/07/Relat%C3%B3rio-Contas-ANIP-2018-vf-protegido-1.pdf>).

Neste relatório podemos também observar que, ao longo do ano de 2018, a ANIP, com o objetivo de obter financiamentos, se candidatou a vários programas e/ou projetos (<https://www.anip.pt/wp-content/uploads/2019/07/Relat%C3%B3rio-Contas-ANIP-2018-vf-protegido-1.pdf>).

6.1.2. Grupo de Atención Temprana (Atual Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, [GAT]) - Espanha

O Grupo de Atención Temprana (GAT) surgiu, de acordo com Contreras et al. (2011), a partir do Grupo de *Estudios Neonatológicos y Servicios de Intervención* (GENYSI). Trata-se de um grupo de especialistas das diversas comunidades autónomas e com o apoio não só do *Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía* como também com o apoio da FEAPS e da ONCE (GAT, 2000, 2005). Por isso Belda e Cardama (2006) referem que a origem do GAT se encontra entre as origens dos seus associados.

Desde 2001 que se estabeleceu como *Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana* (Belda e Cardama, 2016; López, Ponte e Rubert, 2018). Apesar dos seus antecedentes remontarem ao início dos anos 90, Belda e Cardama (2006) referem esta, foi registada, enquanto Associação, no Registro Nacional de Associações em 12 de dezembro de 2001. Posteriormente, foi reconhecida como entidade de carácter social em 19 de maio de 2003. Os autores referem que para conseguir consolidar e desenvolver a AT, o GAT optou por trabalhar à volta de projetos, uma vez que não dispunha de uma organização administrativa capaz de contactar todos os profissionais pois à data estes, trabalhavam em AT a nível estatal; e para além disso, existiam apenas duas Associações Autónomas legalmente constituídas.

Considerada como a entidade de referência na área da AT em Espanha, o GAT foi criado com o objetivo de elaborar um manual consensual entre todos os profissionais, o "*Libro Blanco de Atención Temprana*" cuja publicação pretendia fundamentar a AT

tornando-se por isso numa referência para as administrações públicas, os profissionais, as associações e as famílias (GAT, 2000, 2005a).

Mas para compreender as circunstâncias que levaram ao aparecimento do GAT, é necessário elaborar uma breve retrospectiva da evolução histórica da AT em Espanha.

A necessidade de formalizar e partilhar as reflexões sobre as questões relativas à AT deram origem ao surgimento das primeiras associações de profissionais. Eram grupos de profissionais que quase sempre surgiam relacionados com os hospitais pediátricos, serviços de neonatologia, escolas e associações relacionadas com a deficiência. Primeiramente surgiram na Catalunha e Valencia, mas rapidamente se disseminaram a diferentes pontos de Espanha (Lebrero, 2016).

A autora refere-se ao caso específico da Catalunha onde foi criada a Coordenação de Equipas de Atenção Precoce, a qual reunia com o objetivo de criar bases consensuais no que se referia à AT em território catalão e que mais tarde se viria a formalizar como Associação Catalã de Atenção Precoce.

Lebrero (2016) também se refere aos outros grupos que foram surgindo por todas as regiões autónomas nomeadamente o *Grupo de Estudios Neonatológicos de la Comunidad de Madrid* (GENMA), o *Grupo de Prevención y Atención al Desarrollo Infantil* (PADI) e o *Grupo de Estudios Neonatológicos y Servicios de Intervención* (GENYSI). Este último grupo contava com o apoio do *Real Patronato de la Discapacidad*, deu início a um conjunto de Reuniões Anuais Interdisciplinares, em que profissionais de AT das diversas Regiões Autónomas participavam, dando assim a estes encontros um enfoque interdisciplinar e interprofissional (Contreras et al., 2011; Lebrero, 2016).

Vários autores como Contreras et al. (2011), Cuevas e Veerman (2012), Fariñas (2011); Robles-Bello e Sánchez-Teruel (2013) e Seco et al. (1997) também referem a influência do pioneiro projeto argentino, o Projeto de Estimulação Precoce trazido para Espanha por Lydia Coriat, e que em muito veio alterar a perspetiva da AT pois deram início a um ciclo de cursos nesta área no qual colaboravam especialistas estrangeiros (Contreras et al., 2011; Seco et al., 1997; Vilorio, 2011).

Com a proliferação dos Centros de Estimulação Precoce e a criação dos primeiros normativos na área da AT (Lebrero, 2016) rapidamente se verificam diferenças organizacionais significativas entre as Regiões Autónomas. Assim em 1995, por iniciativa da Associação Catalã de Atenção Precoce, da Associação Valenciana e de diversos serviços de AT de Aragão e Múrcia foi feita uma convocatória formal, para em junho do ano seguinte, se reunirem, em Zaragoza, no sentido de dar resposta a esta situação. Nessa reunião foi proposta a elaboração de um documento que permitisse unificar critérios conceptuais e organizativos a nível estatal bem como o reconhecimento do direito da população infantil receber apoios se dele necessitarem (Belda e Cardama, 2006; Lebrero, 2016).

Lebrero (2016) refere também que no ano seguinte, na segunda reunião, para além de amadurecer ideias acerca de como iniciar o trabalho de análise e discussão das diferentes realidades existentes, também se desenvolveram projetos no sentido de informar outros profissionais, entidades e associações nas restantes Regiões Autónomas e tentar que se unissem a este projeto.

Acrescenta ainda que nesse mesmo ano decorreu em Barcelona a terceira reunião na qual, para além da troca de informações sobre o funcionamento da AT em cada uma das Comunidades, se deu início ao debate sobre conceitos e definições usados até então por forma elaborar o que viria a ser o "*Libro Blanco de Atención Temprana*".

Ainda no decorrer de 1997, em junho e setembro, decorreram outras reuniões em Valência e Múrcia, e até então apenas estas duas regiões juntamente com a Catalunha e a Galiza tinham criado uma Associação ligada à AT (Lebrero, 2016).

A necessidade de obter apoio institucional aliada ao facto de Madrid ser uma cidade central para todos os membros do grupo levou a que estabelecessem, em novembro de 1997, o pedido de entrevista ao *Real Patronato de la Discapacidad* para apresentar o trabalho. Desde fevereiro de 1998 que as reuniões passaram a decorrer às sextas-feiras, e por vezes, nas manhãs de sábado, na sede do Real Patronato. E é com esta coesão que o grupo tomou consciência do seu contributo e que se autodenominou *Grupo de Atención Temprana* (Lebrero, 2016).

Lebrero (2016), enquanto membro do GAT na altura, refere que, em maio desse mesmo ano, davam início às apresentações do projeto partilhando-o com instituições públicas e privadas. Nesta mesma data também FEAPS estava a elaborar o "*Manual de Buenas Prácticas en Atención Temprana*".

A autora acrescenta que, em 1999, o GAT recebe pela primeira vez ajudas económicas através do *Real Patronato* e que no final do ano, em novembro, o *Real Patronato* assumiu a responsabilidade de publicar, distribuir e apresentar a nível estatal o "*Libro Blanco de Atención Temprana*".

Como membro do GAT, Lebrero (2016) considera que o caminho até à publicação do manual foi longo e difícil, mas muito rico a nível científico e também humano.

O livro foi oficialmente apresentado, em Madrid, no dia 16 de junho de 2000 sendo posteriormente apresentado nas restantes Comunidades Autónomas. A figura 14 apresenta a cronologia das apresentações do livro nas diferentes Regiões Autónomas (GAT, s.d.).

Comunidad autónoma	Ciudad	Fecha
Madrid	Madrid	16.06.2000
Cataluña	Barcelona	28.06.2000
Murcia	Murcia	11.10.2000
C. Valenciana	Valencia	11.11.2000
Castilla y León	Zamora	09.11.2000
	Palencia	22.11.2000
	Soria	29.11.2000
Cantabria	Santander	14.12.2000
Castilla-La Mancha	Toledo	20.12.2000
	Cuenca	14.12.2001
Extremadura	Badajoz	19.05.2001
País Vasco	Bilbao	22.06.2001
Andalucía	Sevilla	26.10.2001
Galicia	Ferrol	06.10.2000
	Vigo	28.09.2001
	Santiago de C.	
Asturias	Oviedo	22.05.2002

Figura 14: Ações de formação realizadas para divulgação do manual “Libro Blanco de Atención Temprana”

Fonte: GAT (s/d)

Enquanto obra de referência para os profissionais da área da AT, entidades públicas e associativas e para as famílias, Lebrero (2016) defende que o “*Libro Blanco de Atención Temprana*” permite uma melhor compreensão do desenvolvimento infantil mostrando que se trata de um processo dinâmico e extraordinariamente complexo, resultante da interação entre factores genéticos, ambientais e sociais. De referir também que este manual é fruto do trabalho de cinco anos e da colaboração do Real Patronato sobre Discapacidad (GAT, 2000, 2005a).

Lebrero (2016) acrescenta que o “*Libro Blanco de Atención Temprana*” foi traduzido em 2001 para linguagem Braille, galego e catalão tendo também sido editado de forma auditiva. Também foi traduzido para árabe e, em 2005, foi traduzido para inglês.

Em 2001 estavam formalizadas oito associações (Andaluzia, Aragão, Castela-Mancha, Catalunha, Extremadura, Galiza, Múrcia e Valência) e com a participação destas foi constituída a *Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana* (Lebrero, 2016; López, Ponte e Rubert, 2018).

Lebrero (2016) salienta que um dos objetivos principais da Federação se prendem com a organização de uma entidade estável que represente os profissionais da AT das diferentes Comunidades Autónomas.

A autora refere também que um outro objetivo passa pela promoção da AT através do desenvolvimento de projetos comuns, com o objetivo de aperfeiçoar a qualidade do atendimento e promover seu desenvolvimento científico.

O terceiro e último objetivo que Lebrero (2016) enuncia é a articulação de uma representação estável da AT nos congressos europeus e internacionais.

Mas o trabalho do GAT não terminou com a publicação deste livro. Na sua página Web podemos perceber muitas foram as obras elaboradas por esta entidade. Para além da reedição, em 2005, do *“Libro Blanco de la Atención Temprana”* (GAT, 2005a), o GAT também publicou, em 2004, o livro *“Organización Diagnóstica para la Atención Temprana”* (GAT, 2004); em 2005, o livro *“Recomendaciones Técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana”* (GAT, 2005b); em 2010, o *“Guía desarrollo. 0-6”* (GAT, 2010); e em 2011, o livro *“Mejora del proceso de comunicación del diagnóstico de trastorno en el desarrollo o discapacidad en la primera infancia. La primera noticia”* (GAT, 2011).

Para além destas obras assinadas pelo GAT, outros especialistas na área escreveram outros livros que o GAT publicou designadamente *“La Realidad Actual de la Atención Temprana en España”* (Diago et al., 2013) e muito recentemente *“Atención Temprana. La visión de los profesionales”* (Lopez et al., 2018).

Na sua página WEB têm também disponível algumas das brochuras elaboradas pelo GAT nomeadamente *“Signos de alerta TEA”*, *“Guía para padres y madres”*, *“Calendario desarrollo 0-18”*, *“Póster calendario”* (<http://gat-atenciontemprana.org/recursos/>).

6.2. Apresentação e análise dos dados

Como já referido anteriormente este estudo pretende analisar. caracterizar, numa perspetiva comparativa, a IP nos dois países.

No caso de Portugal o manual que será objeto de análise intitula-se *“Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um Guia para Profissionais”* de Carvalho et al. (2016) tendo este sido publicado pela Associação Nacional de Intervenção Precoce.

Relativamente ao caso de Espanha o manual denomina-se *“Libro Blanco de Atención Temprana”* (GAT, 2000) e apesar de ter sido elaborado por vários autores, ao longo da revisão de literatura identificamos o GAT como autor da obra uma vez que é assim que este é referenciado em Espanha.

A análise de conteúdo dos manuais que propomos irá ser desenvolvida com base numa tipologia expressa em Marconi e Lakatos (2003) e apesar de existirem outras edições dos manuais optámos por analisar a primeira edição de cada um deles.

Após leitura atenta de ambos os manuais elaborámos as tabelas 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 nas quais apresentamos as diferentes categorias de análise designadamente: Obra, Credenciais dos autores, Organização do manual, Informação e análise

disponibilizada no manual, Quadro de referências dos autores, Análise crítica do investigador e Indicações do investigador.

A tabela 11 é uma tabela comparativa na qual estão inseridos os dados obtidos na primeira Categoria – Obra.

Tabela 11: Tabela comparativa relativa aos dados obtidos na categoria 1- Obra

Obra	Título	<i>Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um Guia para Profissionais</i>	<i>Libro Blanco de la Atención Temprana</i>
	Autores	Leonor Carvalho Isabel Chaves de Almeida Isabel Felgueiras Sara Leitão José Boavida Paula Coelho Santos Ana Serrano Ana Teresa Brito Carla Lança Júlia Pimentel Ana Isabel Pinto Catarina Grande Teresa Brandão Vítor Franco	<i>Grupo de Atención Temprana (GAT)</i>
	Editora	Associação Nacional de Intervenção Precoce - Coimbra	Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía - Madrid
	Ano de publicação	2016	2000
	Edição	1ª Edição	1ª Edição
	Nº de páginas	359 páginas	121 páginas
	Ilustrações (tabelas, gráficos, desenhos)	Sim	Não
	Formato	A ₄	A ₄
	Impressão	Suporte de papel disponível através da ANIP	Suporte digital em: http://gat-atenciontemprana.org/wp-content/uploads/2019/05/LibroBlancoAtenci%C2%A6nTemprana.pdf

Fonte: Elaboração própria

A análise da tabela 11 permite concluir que Espanha foi o primeiro país a publicar um manual relacionado com a Intervenção Precoce sendo que Portugal apenas viu publicado o seu manual em 2016.

Salientar que já em 2005, Pimentel (2005) sugeria que se publicasse em Portugal um manual semelhante a este. Importa também referir que apesar do manual português ser uma obra bastante recente, em 2000, data de publicação do manual espanhol, Portugal tinha já a experiência do PIIP cujo modelo de atuação e estruturação veio a fundamentar o Despacho Conjunto nº 891/99, de 19 de Outubro, o qual veio regulamentar as práticas de IP (Boavida e al., 2009; Carvalho e Valério, 2019) ao contrário de Espanha que continua a não ter um normativo estatal para a AT no qual esta seja reconhecida e sejam estabelecidos padrões mínimos (Lopez et al., 2018).

Trata-se de manuais distintos já que o manual português tem 359 páginas enquanto que o manual espanhol tem apenas 120 páginas e no caso do manual português este apenas está disponível em suporte de papel enquanto que o manual espanhol está acessível on-line através do site do GAT e outras entidades relacionadas com a Educação Especial ou Associações pertencentes ao GAT. Ambas as publicações já foram alvo de outras edições nomeadamente o manual português foi editado pela segunda vez em 2017 (ANIP, 2018). No caso do manual espanhol este já teve mais edições sendo que a edição seguinte já contém imagens contrariamente à primeira edição (GAT, 2005).

A tabela que se segue (Tabela 12) é uma tabela comparativa na qual estão inseridos os dados obtidos na segunda categoria – Credenciais dos autores.

Tabela 12 - Tabela comparativa relativa aos dados obtidos na segunda categoria - Credenciais dos autores.

	Nacionalidade	Portuguesa	Espanhola
Credenciais dos autores	Formação universitária	<p>Experts na área da Intervenção Precoce das várias universidades do país e/ou membros de instituições relacionadas com a Intervenção Precoce (ANIP, SNIPI, EURLYAID, Associação Pais em Rede):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ana Isabel Pinto – Faculdade de Psicologia e de ciências da Educação da Universidade do Porto • Ana Serrano – Instituto de Educação da Universidade do Minho / ANIP / EURLYAID • Catarina Grande – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto • Júlia Pimentel – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida (ISPA) / Associação Pais em Rede • Paula Coelho Santos – Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro / ANIP • Teresa Brandão -Faculdade de Motricidade Humana 	<ul style="list-style-type: none"> • Juan Carlos Belda – Psicólogo • M^a Isabel Casbas Gómez – Psicóloga - Centro de <i>Atención Temprana</i> de Lorca (Murcia) • Mercedes del Valle Trapero – Psicóloga - Unidade de Neonatologia Hospital Universitário San Carlos (Madrid) • Francisco Alberto Gracia Sánchez – Psicólogo - Faculdade de Psicologia de Múrcia • Pilar Gútiez Cuevas – Pedagoga/Professora Titular na Faculdade de Educação da Universidade Complutense (Madrid) • Eugenia Lara Quesada – Psicóloga - Centro de Reabilitação Asprodesa (Almeria) • Carmen Linares von Schmitterlow – Psicóloga - Centro de <i>Atención Temprana Dulce Nombre</i> (Málaga) • Carmén Manjón

		<p>da Universidade de Lisboa (FMH)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vítor Franco - Universidade de Évora • Leonor Carvalho - ANIP • Isabel Chaves de Almeida - ANIP • Isabel Felgueiras - ANIP • Sara Leitão - ANIP • José Boavida - SNIPI 	<p>Ortega - Psicóloga Clínica no Centro Saude Mental Infanto-Juvenil (Serviço Basco de Saúde Álava)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antonia Marquéz Luque - Psicóloga - Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilha) • Rosa Mayo Taga - Psicóloga - Unidade de <i>Atención Temprana</i> do Centro de Saúde Sabugo (Astúrias) • Carmen Maza Sisniega - Terapeuta em <i>Atención Temprana</i> - Departamento de Serviços Sociais (Conselho Provincial de Guipúzcoa - San Sebastián) • Aurelia Mena - Médica Reabilitadora (Aspace - Pamplona) • Julia Molinero Santos - Pedagoga - Faculdade de Educação da Universidade Complutense (Madrid) • Eva Muñoz - Psicóloga - Centro de Minusválidos (Pamplona) • Carmén Narváez
--	--	--	--

			<p>Ruiz – Terapeuta Amica (Cantábria)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carlos Pajuelo – Equipa de <i>Atención Temprana</i> (Badajoz) • Fátima Pegenaute Lebrero – Psicóloga - EIPI de Nou Narris Esplugues (Barcelona) • Inmaculada Ramos Sánchez – Neuropediatra - Unidade de Maduración Hospital Universitário Virgen Macarena (Sevilha) • Elena Ruiz Vesga – Técnico de <i>Atención Temprana</i> - Fundação Ramón Ardid (Zaragoza) • Xavier Tapia Lizeaga – Associação Altxa (Bilbão) • Conchita Vásquez – Serviço de Atención Personas com Discapacidad (Valladolid)
--	--	--	--

Fonte: Elaboração própria

No que se refere às credenciais dos autores dos manuais, a tabela 12 permite concluir que ambos foram elaborados por especialistas na área da Intervenção Precoce de cada um dos países.

Mais concretamente, nos agradecimentos do manual português podemos ler que este manual é o resultado de um trabalho conjunto entre vários parceiros nomeadamente: a ANIP, o SNIPI, a Associação Pais-em-Rede e a Universidade de

Aveiro. Para além disso também contou com o apoio da Comissão Científica, i.e., foi criada um grupo de experts de várias universidades do país nomeadamente as Universidades do Minho, Porto, Aveiro, Lisboa, Évora e o ISPA bem como com o apoio de consultores Internacionais como a EURLYAID e o ISEI (Carvalho et al., 2016).

No caso do manual espanhol este foi elaborado por especialistas de várias Comunidades Autónomas na área da AT designadamente psicólogos, médicos, terapeutas, pedagogos, com o apoio do *Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía* e de outras associações como a FEAPS e a *Fundación ONCE* (GAT, 2000).

No que se refere à organização dos manuais para melhor podermos sintetizar a informação e posteriormente compará-la criámos a tabela 13 na qual identificamos os capítulos e/ou partes distintas.

Tabela 13: Tabela comparativa relativa aos dados obtidos na categoria 3 - Organização do Manual

<p>Organização do Manual</p>	<p>Identificação dos capítulos ou partes</p>	<p>Livro constituído por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prefácio • Introdução • Três partes distintas • Considerações finais • Referências bibliográficas • Anexos <p>O livro tem três prefácios escritos por entidades distintas: o presidente da ANIP, a Presidente do SNIPI e a Presidente da Associação Pais-em-Rede.</p> <p>A primeira parte do livro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Designada “Intervenção Precoce na Infância: Dos neurónios ao contexto familiar” e • Pretende mostrar a visão global da Intervenção Precoce • Engloba os capítulos 1 denominado de “A Intervenção Precoce na Infância e a sua 	<p>Livro constituído por 9 capítulos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prefácio • Definição de <i>Atención Temprana</i> • Objetivos da <i>Atención Temprana</i> • Níveis de Intervenção da <i>Atención Temprana</i> • Principais âmbitos de Atuação • Ações na Comunidade • Coordenação Interinstitucional • Investigação • Formação • Princípios básico da <i>Atención Temprana</i> • Anexos: <ul style="list-style-type: none"> a.) Legislación de Atención Temprana b.) Factores de riesgo biológico y social c.) Trastornos y alteraciones en el desarrollo
-------------------------------------	---	---	--

		<p>relevância na promoção do desenvolvimento” e o capítulo 2 designado de “Intervenção Precoce na Infância em Portugal: Um processo em constante evolução”</p> <p>A segunda parte do livro</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intitulada de “Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce para a Infância” • Integra quatro capítulos: o capítulo 3, 4, 5 e 6 • Pretende apresentar e desenvolver a temática das práticas recomendadas para IP • O capítulo 3 recebeu a denominação de “A abordagem centrada na família: Princípios orientadores para a Intervenção Precoce para a Infância” • O capítulo 4 é designado de “O processo de intervenção centrada na família”. • No capítulo 5 intitula-se “Um sistema integrado de intervenção precoce na infância: Colaboração intersectorial e transdisciplinar” • O sexto e último capítulo desta segunda parte é nomeado como “A 	
--	--	---	--

		<p>avaliação de programas de IPI”</p> <p>A terceira parte deste manual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Engloba os dois últimos capítulos: o capítulo 7 e o capítulo 8 • Designado de “Oportunidades de desenvolvimento profissional” • Mostra a importância do desenvolvimento do profissional de IP para a melhoria da qualidade das práticas de IP • Refere como oportunidades de desenvolvimento profissional a formação e supervisão • Último capítulo, o capítulo 8, é intitulado “Supervisão: Para uma relação de confiança e promotora do desenvolvimento <p>As referências bibliográficas estão organizadas de acordo com as normas da APA.</p> <p>Os anexos do livro incluem alguns recursos úteis para os profissionais ao longo das suas práticas nomeadamente recursos bibliográficos (bibliografia anotada,</p>	<p>As referências bibliográficas não estão organizadas de acordo com as normas da APA.</p>
--	--	---	--

		bibliografia em português e sites de referência) e instrumentos de apoio à intervenção e monitorização das práticas.	
--	--	--	--

Fonte: Elaboração própria

No caso do manual editado pela ANIP, como já vimos anteriormente, trata-se de um manual bastante extenso com 359 páginas e é constituído pelo prefácio, pela introdução apresentando em seguida uma organização em três partes distintas sendo que no final apresenta as considerações finais, as referências bibliográficas bem como os anexos.

No caso no “*Libro Blanco de Atención Temprana*” este é constituído por nove capítulos: o prefácio, definição de *Atención Temprana*, objetivos da *Atención Temprana*, níveis de intervenção da *Atención Temprana*, principais âmbitos de atuação, ações na comunidade, coordenação interinstitucional, investigação, formação, princípios básicos da *Atención Temprana* e anexos.

Começemos pela análise do prefácio de cada um dos manuais. No caso do manual português nele constam três prefácios escritos pelos parceiros formais deste projeto nomeadamente: um da ANIP, outro do SNIPI e outro da Associação Pais-em-Rede. Para além do prefácio este conta também com cinco páginas dedicadas à introdução na qual são apresentadas os motivos que levaram à publicação do guia, os intervenientes neste projeto para além de descrever cada uma das partes constituintes deste guia.

No caso do manual espanhol no prefácio são desenvolvidas as ideias preliminares sobre o tema da AT mais especificamente aborda muito suscitantemente a evolução histórica da AT em Espanha, como surgiu este manual, descreve resumidamente a realidade da AT bem como os desafios futuros.

A primeira parte do livro publicado pela ANIP é designada “Intervenção Precoce na Infância: Dos neurónios ao contexto familiar” e pretende mostrar a visão global da Intervenção Precoce. Engloba os capítulos 1 denominado de “A Intervenção Precoce na Infância e a sua relevância na promoção do desenvolvimento” e o capítulo 2 designado de “Intervenção Precoce na Infância em Portugal: Um processo em constante evolução”. A esta primeira parte Carvalho et al. (2016) dedicam cerca de trinta e cinco páginas nas quais realçam a evolução histórica da IP nos EUA e a influência não só dos vários estudos a nível da neurobiologia como dos modelos bioecológico e sistémico do desenvolvimento por forma a mostrar aos profissionais os objetivos e as práticas recomendadas em IP. Ao longo de mais quinze páginas os autores fazem uma retrospectiva da IP em Portugal dando a conhecer ao leitor a realidade da IP no nosso país.

A segunda parte do livro “*Práticas Recomendadas para a Intervenção Precoce na Infância: Um guia para Profissionais*” intitulada de “Práticas Recomendadas em

Intervenção Precoce para a Infância” integra quatro capítulos: o capítulo 3, 4, 5 e 6. Os autores pretendem apresentar e desenvolver a temática das práticas recomendadas para IP. Assim o capítulo 3 recebeu a denominação de “A abordagem centrada na família: Princípios orientadores para a Intervenção Precoce para a Infância”, o capítulo 4 é designado de “O processo de intervenção centrada na família”, o capítulo 5 intitula-se “Um sistema integrado de intervenção precoce na infância: Colaboração intersectorial e transdisciplinar” e o sexto e último capítulo desta segunda parte é nomeado como “A avaliação de programas de IPI”. Esta é a parte mais extensa do livro em que os autores mostram a importância dos princípios orientadores para a IPI para e como devem realmente ser as práticas na IP. Salientar que os autores fundamentam, toda a informação incluída no manual sempre fazendo em referências a autores e especialistas nacionais e internacionais.

A terceira parte deste manual engloba os dois últimos capítulos: o capítulo 7 e o capítulo 8 o qual é designado de “Oportunidades de desenvolvimento profissional”. Neste os autores mostram a importância do desenvolvimento do profissional de IP para a melhoria da qualidade das práticas de IP, referem que a formação e a supervisão são oportunidades de desenvolvimento profissional e no último capítulo, abordam a questão da supervisão.

A leitura pormenorizada deste livro permitiu-nos constatar que: o texto é apoiado sempre com imagens, tabelas, esquemas e também tabelas-síntese que permitem ao leitor sintetizar a informação e que a informação é fundamentada sempre em autores nacionais e internacionais sendo que as referências bibliográficas estão organizadas de acordo com a APA. Para além disso no final, nos anexos, os autores disponibilizam alguns recursos úteis para os profissionais ao longo das suas práticas nomeadamente recursos bibliográficos (bibliografia anotada, bibliografia em português e sites de referência) e instrumentos de apoio à intervenção e monitorização das práticas.

No caso do “*Libro Blanco de Atención Temprana*” podemos constatar ao longo de cinquenta páginas que constituem os capítulos 1, 2, 3, 4 e 5 que o leitor pode obter informações relativas ao que é a *Atención Temprana*, os objetivos desta, bem como como esta está organizada para além de especificar qual o âmbito de atuação de cada serviços no que diz respeito à AT. Para além disso o manual aborda também as ações na comunidade, a coordenação intersectorial, a investigação, a formação, bem como os princípios básicos da *Atención Temprana*.

Contrariamente ao manual português, no “*Libro Blanco de Atención Temprana*” o texto não é apoiado com qualquer imagens, tabelas ou esquema e a linguagem utilizada é bastante acessível e simples quer para profissionais quer para as famílias das crianças. Também é possível perceber que apesar de indicar referências bibliográficas no final, ao longo do manual isso não acontece, a informação não é fundamentada em autores nacionais e internacionais sendo que as referências bibliográficas não estão organizadas de acordo com a APA.

No caso do manual português nos anexos, os autores disponibilizam alguns recursos úteis para os profissionais ao longo das suas práticas nomeadamente

recursos bibliográficos (bibliografia anotada, bibliografia em português e sites de referência) e instrumentos de apoio à intervenção e monitorização das práticas.

Para que possamos dar resposta à pergunta inicial “Será que há pontos de contacto entre Portugal e Espanha na organização e operacionalização da IP?” teremos de fazer a análise mais detalhada aos capítulos 2 e 4 do manual “*Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um Guia para Profissionais*” e aos capítulos 1, 2, 3 e 4 do “*Libro Blanco de Atención Temprana*”.

A análise destes capítulos especificamente permite concluir que em Portugal a IP está formalmente criada através de um normativo: o Decreto-Lei nº 281/2009 (Carvalho et al., 2016; Decreto-Lei nº 281/2009) enquanto que a Espanha ainda não tem um normativo estatal específico para a *Atención Temprana* (GAT, 2000; (Lopez et al., 2018).

Uma semelhança que podemos encontrar entre este dois países é que a população alvo da IP/AT são as crianças dos 0 aos 6 anos com problemas de desenvolvimento ou em situação de alto risco bem como as suas famílias (Carvalho et al., 2016; Decreto-Lei nº 281/2009; GAT, 2000).

Apesar desta semelhança é muito importante referir que apesar do manual espanhol indicar que a população alvo são as crianças dos 0 aos 6 anos, o estudo levado a cabo por Diago et al. (2013), veio provar que as recomendações do “*Libro Blanco de Atención Temprana*” não estão a ser tidas em conta. Mais precisamente, em quinze Comunidades Autónomas, abrange as crianças dos 0 aos 6 anos de idade. Contudo, quatro Comunidades não seguem esta direção nomeadamente Andaluzia que apesar de abranger as crianças dos 0 aos 4 anos permite estender até aos 6 anos se não houver recursos noutros âmbitos; Castela e Leão que abarca as crianças dos 0 aos 3 anos e só em casos de não frequência da escola, estende a AT às crianças entre os 3 e os 6 anos; e Navarra e país Vasco que apenas contemplam as crianças até aos 3 anos de idade. Existe por isso uma grande disparidade de situações entre as diferentes comunidades autónomas quer ao nível da especificidade das práticas quer ao nível da coordenação entre os diferentes serviços dificultando a continuidade da intervenção (Cuevas e Veerman, 2012; GAT, 2000, 2005a; Moreno e Calet, 2015; Serrano et al., 2016; Vilorio, 2011).

Este assunto remete-nos para outro aspeto importante para este estudo nomeadamente os serviços envolvidos na IP/AT.

Quer Portugal quer Espanha definem, de forma muito semelhante, a IP/AT como um conjunto de medidas de apoio às crianças e suas famílias através da intervenção de três ministérios: Ministério da Educação, Saúde e da Segurança Social (Carvalho et al., 2016; Decreto-Lei nº 281/2009; GAT, 2000).

No caso português, antes de abordar as competências de cada um destes Ministérios, parece importante referir que a IP está formalmente criada através do SNIPI e que este funciona através de dois níveis: o nível da coordenação intersectorial constituído pela Comissão Nacional e por Cinco Subcomissões Regionais e o nível de intervenção que são as ELI. Existe também uma rede de núcleos de Supervisão Técnica que atua a nível distrital a qual é constituída por elementos de cada um dos

Ministérios atrás referidos. Cada um destes ministérios tem competências próprias e intersectoriais definidas no artigo 5º do Decreto-Lei nº 281/2009 e devem trabalhar numa perspetiva transdisciplinar. Os Ministérios do Trabalho e da Segurança Social cooperam ativamente com as IPSS, ordena e preside o SNIPI e estão encarregues dos aspetos relacionados com a contratação de profissionais de serviço social, terapeutas e psicólogos. Por sua vez o Ministério da Saúde tem como competências específicas o rastreio, deteção e referenciação das crianças elegíveis para apoio. Por último, ao Ministério da Educação compete criar e organizar uma rede de escolas de referência para a IP bem como disponibilizar profissionais desta área para fazer parte das equipas de apoio, as ELI (Carvalho et al., 2016; Decreto-Lei nº 281/2009).

Em Espanha, por não existir um normativo estatal comum a todo o país como em Portugal, a *Atención Temprana* está dispersa pelos vários normativos promulgados por cada um destes ministérios (GAT, 2000). Acrescentar também que em Espanha 65% das Comunidades Autónomas têm um normativo específico sobre *Atención Temprana* contra 35% que ou não a regulam ou o fazem num normativo geral (*Clínica Jurídica sobre Discapacidad del Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas de la Universidad Carlos III de Madrid*, 2018).

Desta forma podemos constatar que nesta questão de organização administrativa, Portugal destaca-se de Espanha por ter um sistema de Intervenção Precoce definido formalmente num único documento ao contrário de Espanha que vê a AT contemplada em normativos de vários ministérios e em normativos autonómicos bastantes dispares.

Importa agora perceber como realmente funciona a IP/AT em cada um dos países.

Comecemos pelo caso de Portugal em que a base de todo o sistema de IP são as equipas locais de intervenção mais conhecidas como ELI. São compostas por profissionais de diferentes áreas, i.e., médicos, enfermeiros, educadores de infância, técnico de serviço social, psicólogos, terapeutas e têm como função identificar as crianças elegíveis, elaborar e implementar o Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP), articular com as famílias e outras entidades envolvidas no apoio e preparar para a transição para o 1º Ciclo (Carvalho et al., 2016).

No capítulo 4 do manual português é descrito, de forma muito precisa, como se desenrola todo o processo de IP. O ciclo de intervenção decorre em sete passos: a referenciação, primeiros contatos, avaliação das necessidades e dos recursos, definição de serviços, implementação e monitorização, avaliação dos objetivos, resultados e satisfação e transição (Carvalho et al., 2016).

De uma forma muito sintetizada passamos a explicar todo este processo. O primeiro passo corresponde à referenciação, i.e., deteção, sinalização e acionamento do processo e é da competência do Ministério da Saúde (Boavida et al., 2018; Carvalho et al., 2016) embora também possa ser solicitada pela família, por profissionais de saúde, da educação e dos serviços sociais sendo elegíveis todas as crianças do primeiro grupo (Alterações nas funções ou estruturas do corpo) e as do

segundo grupo (risco grave de atraso de desenvolvimento) que acumulem quatro ou mais factores de risco biológico e/ou ambiental (Carvalho et al., 2016; Franco e Apolónio, 2011a; Mendes e Seixas, 2016; Pinto e Ferronha, 2011). A equipa, depois de analisar a referenciação, avalia os critérios de elegibilidade e decide a admissibilidade tendo em conta os Critérios de Admissão (Comissão Coordenadora do SNIPI, 2011, citado por Pinto e Ferronha, 2011).

A partir daí a ELI, num prazo de 30 dias, decide os procedimentos a aplicar, designando um dos membros da equipa como Técnico Gestor do Caso (GC), sendo este escolhido de acordo com o perfil que melhor se adequa ao caso (Comissão Coordenadora do SNIPI, 2011, citado por Pinto e Ferronha, 2011). Após a referenciação das crianças os profissionais da ELI reúnem com a família e com o elemento sinalizador, por forma a familiarizar-se com a família, explicar todo o processo e em conjunto realizam o Ecomapa (Boavida et al., 2018) dando assim lugar ao segundo passo do processo, os primeiros contactos.

Em seguida é feita a avaliação das necessidades e dos recursos da criança e dos cuidadores e definições dos objetivos, através da Entrevista Baseada nas Rotinas. Esta entrevista semiestruturada é relativa ao funcionamento da criança e da família em rotinas diárias de casa e da escola e, além de estabelecer laços com a família, vai também permitir seleccionar um conjunto de objetivos ou resultados desejáveis para a intervenção (Carvalho et al., 2016; Dunlap, Ester, Langhans & Fox, 2006, citado por McWilliam, 2012).

Posteriormente será feita a definição de serviços (Boavida et al., 2018), na qual o GC elabora, em conjunto com família e com o(a) educador(a) do ensino regular o Plano Individual de Intervenção Precoce (Carvalho et al., 2016; Decreto-Lei nº 281/2009).

Na quinta fase, a fase de implementação e monitorização, vão ser implementadas todo um conjunto de estratégias, as quais são preparadas e ajustadas semanalmente entre os cuidadores e os profissionais de IPI (Boavida et al., 2018) e colocadas em prática em contextos naturais (creches, jardins de infância, domicílios).

Numa sexta fase, denominada de avaliação dos objetivos, dos resultados e da satisfação, é feita uma avaliação dos objetivos de uma forma dinâmica e contínua por forma a avaliar a satisfação da família e o decorrer do processo de consultadoria colaborativa assumido por todos os intervenientes no processo (Boavida et al., 2018).

Por último, a sétima fase, a que Boavida et al. (2018) denominaram de fase de transição. Seja esta transição feita para o 1º Ciclo ou para outra qualquer realidade, nesta fase é importante que a família se sinta apoiada e que lhe seja dada a oportunidade de esclarecer dúvidas, sendo crucial o apoio do(a) educador(a).

Passemos então agora à análise do “*Libro Blanco de Atención Temprana*”. O capítulo 3 deste manual mostra que existem três níveis de prevenção: prevenção

primária, prevenção secundária e prevenção terciária nos quais se deve basear esta colaboração entre os centros e os serviços de AT (GAT; 2000, 2005a).

O primeiro nível corresponde à prevenção primária cujo objetivo é evitar as situações que possam levar ao aparecimento de deficiências ou perturbações no desenvolvimento infantil sendo prioritariamente da competência da saúde, serviços sociais e educação (GAT, 2000, 2005a), i.e., são medidas de caráter universal com vista à promoção e proteção do desenvolvimento infantil (Aparicio e Martín, 2007).

A prevenção secundária na AT tem como objetivo a deteção e o diagnóstico precoce das perturbações do desenvolvimento ou de situações de risco. A deteção é considerada como aspeto fundamental da AT pois é imprescindível para o diagnóstico e a intervenção terapêutica. Podem por isso considerar-se, ao nível da prevenção secundária, distintas etapas: a etapa pré-natal, a etapa perinatal e a etapa pós-natal sendo que em cada uma delas podemos encontrar diferentes agentes (GAT, 2000, 2005a).

A prevenção terciária reúne todas as atividades dirigidas não só à criança como também à sua família e ao seu meio ambiente, tem como objetivo melhorar as condições do seu desenvolvimento. Esta deve ser planificada com um caráter global e de forma interdisciplinar considerando sempre as capacidades e dificuldades da criança, a sua história e processo evolutivo e também as possibilidades e necessidades da família bem como os recursos que esta dispõe. Deve, por isso, permitir à família conhecer e compreender a realidade do seu filho, as suas capacidades e limitações e perceber o seu papel de agente potenciador do desenvolvimento deste (GAT, 2000, 2005a).

Dada a vertente educacional deste trabalho de investigação parece pertinente descrever aqui, ainda que muito sucintamente, como se processa a *Atención Temprana* na Escola Infantil para melhor compreendermos como se processa a AT efetivamente em Espanha.

Nesse sentido teremos de falar muito sucintamente do capítulo 4 deste manual. Neste os *Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana* são descritos como serviços autónomos, cujo objetivo é o apoio à população infantil dos zero aos seis anos que apresenta perturbações no seu desenvolvimento o que tem risco de vir a ter. Também se refere que os modelos de CDIAT variam de comunidade para comunidade embora tenham todos o mesmo objetivo, i.e., proporcionar apoio a todas as crianças elegíveis para AT. Constituídas por profissionais de várias áreas e se na fase de prevenção primária e secundária a sua função é sensibilizar, prevenir e detetar na fase de prevenção terciária a sua função passa por planificar e programar, de forma individualizada, um programa de apoio. Este programa deverá conter os objetivos, a metodologia e a avaliação dos objetivos e dos resultados.

À semelhança do que acontece com o Portugal, o processo decorre em fases muito semelhantes. A avaliação inicial faz o estudo global e em profundidade do desenvolvimento da criança, da sua história familiar e do seu contexto e é feita pelos

profissionais da equipa das diversas áreas em colaboração com a entidade que encaminhou a criança. Assim este processo de avaliação inicial decorre em quatro momentos nomeadamente a recolha de informação através de uma entrevista à família bem como a outros profissionais; a avaliação da criança e do seu contexto a qual é feita através da observação direta da criança, exames físicos, avaliações neurológicas e funcionais da criança, provas/testes estandardizados, observação em contexto domiciliário e exames complementares e/ou consultas especializadas; a elaboração de hipóteses diagnósticas e de um plano de intervenção, no qual se estabelecem as necessidades da criança e da família e os recursos existentes, as prioridades de atuação e possíveis prognósticos de atuação a curto, médio e longo prazo e os objetivos da intervenção terapêutica (estes estão dependentes da opinião da família); e a entrevista de devolução, na qual os pais recebem toda a informação diagnóstica elaborada pela equipa e em conjunto com esta estabelecem o plano de atuação quer por parte dos profissionais quer por parte da família (GAT, 2000).

A intervenção terapêutica será feita em função da idade, características e necessidades da criança, do tipo e grau de perturbação, da família, da própria equipa e da possibilidade de colaboração com outros recursos da comunidade. Esta intervenção é dirigida à criança, pois é elaborado um plano global e individualizado conjuntamente, sempre que possível, com os pais, podendo ser realizada nos CDIAT, em casa ou noutro lugar e a sua duração depende das necessidades da criança; à família, pois tem em conta as suas necessidades adequando a sua intervenção, individual ou em grupo, no sentido de apoiá-la na reflexão, adaptação e reconhecimento de competências parentais; à escola pois informa e colabora conjuntamente com esta no sentido de definir objetivos pedagógicos, estratégias de aprendizagem e utilização de recursos materiais ou humanos para cumprir os objetivos; e ao contexto uma vez que desenvolve estratégias por forma a promover a adaptação do meio às necessidades das crianças permitindo-lhe desta forma a participação ativa na sociedade (GAT, 2000, 2005a).

A penúltima fase denominada de avaliação e seguimento, pretende confirmar a adequação e efetividade dos programas de atuação em relação aos objetivos planificados. Assim existem dois tipos de avaliação: a avaliação contínua permite ir ajustando o programa às necessidades e introduzir as modificações que se considerem apropriadas, e a avaliação final que determina se os objetivos foram ou não cumpridos e se é ou não necessário fazer um encaminhamento (GAT, 2000, 2005a).

Por último, o encaminhamento para outros serviços é feito quando a criança, por razões de idade ou de competências, deixa de necessitar do apoio do CDIAT. Segundo o manual deve continuar a haver coordenação entre os serviços e, com o conhecimento da família, procede-se à passagem de informação por forma a garantir a coerência e continuidade da intervenção (GAT, 2000).

Após esta análise detalhada da forma como trabalham as equipas (ELI e CDIAT) pode perceber-se que existem algumas similitudes na forma de organização do trabalho nomeadamente a constituição das equipas por profissionais de áreas distintas (Saúde, Educação e Serviços Sociais), o papel destas no apoio quer às crianças quer às famílias e o processo de atuação desde a sinalização até transição.

Parece-nos importante, contudo, destacar um aspeto relacionado com os tipos de intervenção em Espanha. Redruello e Vilorio (2004) salientam que em algumas situações a intervenção ainda não se faz sempre nos contextos naturais das crianças tal como deveria ser pois as crianças estão integradas nas suas escolas (creches ou escolas infantis) deslocando-se aos CDIAT a fim de auferir dos tratamentos adequados. Isto revela que a divulgação da intervenção em contextos naturais ainda carece de difusão apesar de no "*Libro Blanco de Atención Temprana*" se referir que a escolarização deve ser feita, de forma preferencial, nas escolas regulares sendo para tal adaptado o currículo às necessidades de cada aluno. O manual apenas recomenda que as crianças sejam integradas nos *Centros de Educación Especial* nos casos em que são necessárias adaptações significativas e num grau extremo do currículo comum ou quando os meios humanos e materiais são pouco comuns nas escolas regulares (Gat, 2000).

A tabela 14 que se segue é uma tabela comparativa que permite estabelecer comparações no que se refere às principais ideias em ambos os manuais.

Tabela 14: Tabela comparativa relativa aos dados obtidos na categoria 4 - **Informação e análise disponibilizadas no manual**

	<p>Resumo das principais ideias</p>	<p>Este livro pretende partilhar conhecimentos, experiências e práticas consistentes para que estas possam ser tomadas como um referencial para ajudar os profissionais a consolidar e expandir a IP.</p>	<p>O livro explica como se processa a <i>Atención Temprana</i> em Espanha mais concretamente refere os seus objetivos, níveis de intervenção e os âmbitos de atuação de cada um dos serviços intervenientes na AT.</p>
<p>Informação e análise disponibilizadas no manual</p>	<p>Descrição sintetizada dos capítulos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O capítulo 1 abrange os principais fundamentos e referenciais teóricos e conceptuais da IP (Modelo bioecológico do desenvolvimento e modelo transacional) mais concretamente enfatiza o papel das experiências precoces no desenvolvimento humano e a evolução histórica da IP; • O capítulo 2 contextualiza o processo de IP em Portugal desde a sua origem até aos dias de hoje destacando os dois programas inovadores (Programa Portage para Pais e o Projecto Integrado de Intervenção Precoce – PIIP) que 	<ul style="list-style-type: none"> • No prefácio do livro refere-se à necessidade de trinta anos após a criação dos primeiros centros de <i>Atención Temprana</i>, haver um normativo específico para <i>Atención Temprana</i>, comum a todas as Comunidades, sendo essa a razão da criação do Grupo de <i>Atención Temprana</i> (GAT). Aborda também a elaboração deste livro como documento de referência para todos os intervenientes no processo de <i>Atención Temprana</i>. Revela também as discrepâncias entre as diferentes Comunidades

		<p>surgiram na década de 80 e o papel do normativo legal em vigor, o Decreto-Lei 281/2009;</p> <ul style="list-style-type: none"> No capítulo 3 são apresentados os princípios que orientam as práticas de IPI propostos por Dunst e seus colaboradores nomeadamente as oportunidades de aprendizagem da criança, os apoios aos pais e os recursos da família e da comunidade. Além disso define o a abordagem centrada na família referindo que esta deve ser baseada nos contextos naturais e nos recursos da comunidade tendo como base uma equipa transdisciplinar. O capítulo 4 descreve o processo de operacionalização da IP, o qual tem como base o modelo proposto por Simeonsson e os seus colaboradores (1996) bem como os três componentes de ajuda eficaz propostos por Dunst (1998). 	<p>Autónomas salientado que existem alguns aspetos a ter em conta por forma a melhorar a <i>Atención Temprana</i> nomeadamente a necessidade de criar uma rede de recursos, definir competências, identificar as carências de cada uma das Regiões Autónomas, aumentar as verbas e estar recetivos aos avanços científicos e contributos dos profissionais, investigadores, entidades e dos pais. Além destes pontos também salienta a necessidade de um sistema que regule e arbitre as relações entre os três ministérios e por isso é sugerido que se crie uma Comissão Estatal para a <i>Atención Temprana</i> ou um Instituto de <i>Atención Temprana</i> que promova o desenvolvimento um documento legislativo.</p> <ul style="list-style-type: none"> O capítulo 1 abrange a
--	--	--	---

		<p>Além disso descreve ciclo de intervenção desde a referenciação, os primeiros encontros, a avaliação, o desenvolvimento do PIIP, a implementação e monitorização, a avaliação dos resultados e da satisfação e a transição. Comtempla também excertos de testemunhos/práticas de famílias e profissionais</p> <ul style="list-style-type: none"> • O capítulo 5 revela a importância as práticas recomendadas serem estabelecidas com base num modelo colaborativo para a implementação de uma intervenção transdisciplinar • No capítulo 6 pode ler-se acerca da importância da avaliação em todos os níveis do sistema de IP desde a coordenação e colaboração intersectorial nacional e distrital até à avaliação das práticas dando lugar à reflexão e aperfeiçoamento • No capítulo 7 são apresentas as 	<p>definição de <i>Atención Temprana</i>, de desenvolvimento infantil e de perturbação do desenvolvimento. Faz também uma breve alusão aos factores genéticos e ambientais como factores importantes para o desenvolvimento infantil bem como aos factores de risco biológico e factores de risco psicossocial.</p> <ul style="list-style-type: none"> • O capítulo 2 refere o objetivo principal bem como os objetivos específicos da <i>Atención Temprana</i>. • No capítulo 3 são referidos os níveis de intervenção em <i>Atención Temprana</i> designadamente a prevenção primária, secundária e terciária na saúde. Mais concretamente refere os objetivos de cada um dos níveis de prevenção bem como as competências de cada um dos ministérios da saúde, da
--	--	---	--

		<p>práticas recomendadas para que a formação se possa desenvolver e implementar nos mais diversos níveis</p> <ul style="list-style-type: none"> • O capítulo 8 e último capítulo do livro descreve os princípios e características de uma supervisão técnica eficaz em IP 	<p>educação e dos serviços sociais.</p> <ul style="list-style-type: none"> • O capítulo 4 refere quais os principais âmbitos de atuação dos CDIAT (Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana), as suas competências na prevenção primária, secundária e terciária, a sua constituição e localização. Descreve também, de forma pormenorizada, todo o processo de avaliação inicial desde a recolha da informação até à transição para a escola. Além disso são também descritas as funções de cada um dos serviços de saúde (Serviços de obstetrícia, neonatologia, unidades de desenvolvimento, pediatria, neuropediatria, reabilitação infantil, saúde mental e outras especialidades), dos serviços sociais e dos serviços
--	--	--	---

			<p>educativos.</p> <ul style="list-style-type: none">• Ao longo do capítulo 5 pode ler-se acerca das ações na comunidade. No livro são propostas onze ações para desenvolver com a comunidade no sentido de promover a <i>Atención Temprana</i>.• O capítulo 6 aborda a coordenação interinstitucional a qual está dividida em três níveis de coordenação: estatal, autónoma, recursos da <i>Atención Temprana</i>. Neste é descrita a necessidade de reorganização das infraestruturas administrativas e a redistribuição ou criação de recursos económicos, materiais e de pessoal necessários para garantir uma eficiência razoável da cobertura dos serviços de <i>Atención Temprana</i>.• O capítulo 7 diz respeito à investigação em
--	--	--	--

			<p><i>Atención Temprana</i>. Para além desta ser considerada uma necessidade para o desenvolvimento de programas de <i>Atención Temprana</i> mais eficazes, são enumeradas muitas outras vantagens que a investigação pode trazer para esta área. Contudo, neste capítulo são também apresentadas algumas limitações e dificuldades próprias da investigação nesta área.</p> <ul style="list-style-type: none">• No capítulo 8 a formação dos profissionais é o tema chave. Ao longo deste capítulo é referida a necessidade de os profissionais possuírem uma formação especializada de forma a que possam exercer as suas funções com a máxima eficácia.• No último capítulo, o capítulo 9, são definidos seis princípios básicos da <i>Atención</i>
--	--	--	---

			<i>Temprana:</i> Diálogo, integração e participação; Gratuidade, universalidade e igualdade de oportunidades, responsabilidade pública; Interdisciplinaridade e alta qualificação profissional; Coordenação; Descentralização; e Setorização.
--	--	--	--

Fonte: Elaboração própria

Através da tabela 14 podemos concluir que ambos os manuais pretendem ser uma referência central e guia orientador para os profissionais da área da IP/AT. Ao descreverem como se processa a IP/AT, os objetivos, os intervenientes e práticas recomendadas, organizam-se como um referencial para ajudar os profissionais a consolidar e expandir a IP. Embora com características muito distintas um do outro, estes manuais constituem a base de apoio para os profissionais de IP/AT e devem ser por estes reconhecidos como principal ferramenta.

A tabela 15 foi elaborada para que pudéssemos obter conclusões mais precisas acerca dos modelos teóricos que serviram de referência aos autores.

Tabela 15: Tabela comparativa relativa aos dados obtidos na categoria 5 - Quadro de referência dos autores

Quadro de referência dos autores	Modelo teórico	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo bioecológico do desenvolvimento • Modelo sistémico • Modelo transacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo biopsicossocial da AT
---	-----------------------	---	--

Fonte: Elaboração própria

Após extensa leitura, de ambos os manuais, é possível concluir que esta categoria será a que mostra maiores diferenças entre os dois manuais. Enquanto que o livro *“Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um Guia para Profissionais”* expõe, ao longo de todo o capítulo 1, de forma coerente e baseada num corpo teórico de referência, os modelos conceptuais que suportam a IP, o manual espanhol não faz qualquer referências a estes. Esta é de facto a maior diferença encontrada nesta categoria pois ao passo que o manual português descreve

pormenorizadamente, ao longo de 23 páginas, o modelo bioecológico, o modelo sistémico e o modelo transacional como modelos conceptuais de suporte para a IP, o manual espanhol não faz qualquer referência a nenhum destes modelos referindo apenas o modelo biopsicossocial sem fazer qualquer alusão ao seu responsável ou à teoria em si.

Salientar ainda que apesar de os autores do manual português referirem que a obra tem uma vertente muito prática, estes consideram que para que as práticas sejam de qualidade é necessário que estas sejam suportadas por um quadro teórico de referência (Carvalho et al., 2016). Daí que nos parece que este aspeto mostra não só uma grande dissimilitude entre estes dois manuais como também nos pode indicar que as práticas em AT em Espanha possam não estar a seguir princípios orientadores das práticas em Intervenção Precoce. Inclusive Serrano et al., (2016) nas recomendações finais do capítulo “*Family systems and family-centred intervention practices in Portugal and Spain: Iberian reflections on early childhood intervention*” do livro “*Early Childhood Intervention: Working with Families of Young Children with Special Needs*” realçam a necessidade de Espanha ampliar e promover a AT centrada na família baseando-se na experiência de Portugal. Pérez (2013) também refere que, na maioria dos serviços de Espanha, as práticas continuam a centrar-se na criança e não na família o que faz com que as famílias tenham um papel meramente de expectador pois não há envolvimento direto das famílias no processo.

Para melhor perceber o ponto de vista crítico do investigador elaborámos a tabela 16.

Tabela 16: Tabela comparativa relativa aos dados obtidos na categoria 6 - Análise crítica do investigador

<p>Análise Crítica do investigador</p>	<p>Julgamento da obra do ponto de vista metodológico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O conjunto da obra revela um trabalho importante e pioneiro na IP em Portugal; • Sob o ponto de vista metodológico trata-se de uma obra científica muito completa que aborda todo o processo de funcionamento da IP em Portugal bem como a perspetiva histórica desta não só em Portugal como também nos EUA, país de origem da IP; 	<ul style="list-style-type: none"> • O conjunto da obra revela um trabalho importante e pioneiro na AT em Espanha; • Sob o ponto de vista metodológico embora a obra aborde os principais aspetos da AT não fundamentando, contudo, a informação incluída em referências a autores e especialistas na área. • A linguagem utilizada permite uma leitura acessível mesmo para os
---	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Excelente organização dos temas sempre com referências aos estudos na área da neurobiologia do desenvolvimento bem como aos modelos psicológicos que influenciaram a IP designadamente o modelo bioecológico do desenvolvimento e o modelo transacional 	<p>leitores não especialistas, contudo a análise carece de profundidade.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bem organizado no que diz respeito às temáticas abordada; • Não podendo deixar de reconhecer a sua importância, parece-nos que este livro poderia ser mais fundamentado do ponto de vista científico;
	<p>Mérito da obra</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Obra inédita em Portugal • Elaborada pelos maiores experts da área em Portugal • Com a colaboração de vários parceiros nomeadamente a Associação Pais-em-Rede, a Universidade de Aveiro • Com a participação de consultores Internacionais: European Association on Early Intervention (EURLY AID-EAECI) e International Society on Early Intervention (ISEI) • Compilação de vários saberes /informações relacionados com a IP num só livro • Obra de referência para os profissionais da área 	<ul style="list-style-type: none"> • Obra inédita em Espanha • Elaborada por 21 especialistas da área de Atención <i>Temprana</i>; • Com a participação de 45 colaboradores também eles com experiência na área de AT • Compilação das informações mais pertinentes sobre AT • Guia para os profissionais da área • Livro estruturado e organizado, com linguagem bastante acessível a todos

		<ul style="list-style-type: none"> • Livro técnico bem estruturado e organizado, com linguagem acessível a todos e com referências bibliográficas de acordo com a APA • Obra com reconhecidos elogios por parte de experts internacionais como Michael J. Guralnick, Barry Carpenter, Carl J. Dunst, Franz Peterander, Marilyn Espe-Sherwindt, Rune Simeonsson, Robin Macwilliam • Obra elogiada por experts nacionais com funções em instituições ligadas à IP como Ana Maria Serrano (EURLYAID) e José Boavida (SNIPI) • Não está disponível on-line podendo ser apenas adquirido através de email ou na própria sede da ANIP; 	
--	--	--	--

Fonte: Elaboração própria

A análise da tabela 16 permite-nos concluir que ambos os manuais revelam um trabalho importante e pioneiro na IP/AT nos dois países.

Contudo do ponto de vista metodológico podemos inferir que embora se trate de obras científicas que abordam todo o processo de funcionamento da IP/AT nestes dois países, o manual português distingue-se do manual espanhol por várias razões.

Uma delas prende-se com o facto de o manual português fundamentar a informação incluída em referências a autores e especialistas na área enquanto que o manual espanhol não o faz em momento algum.

Outra dissimilitude está no facto de o manual português abordar todo o processo de funcionamento da IP em Portugal bem como a perspetiva histórica desta não só em Portugal como também nos EUA, país de origem da IP ao contrário do manual espanhol que faz referências muito breves e sucintas, no prólogo, à evolução histórica da AT em Espanha sem nunca se referir as origens da AT.

Consideramos que os dois manuais estão bem organizados e usam uma linguagem acessível ao leitor. No entanto, a análise pormenorizada das obras, leva-nos a destacar uma outra diferença entre os dois manuais. Ressaltamos a excelente organização dos temas no manual português e as constantes referências aos estudos na área da neurobiologia do desenvolvimento bem como aos modelos psicológicos que influenciaram a IP designadamente o modelo bioecológico do desenvolvimento e o modelo transaccional. No caso do manual espanhol estes estudos e teorias não são sequer referenciados.

No que respeita à subcategoria denominada “Mérito da Obra” ambos os manuais são obras inéditas na área de IP/AT tendo sido elaborados por experts da área sendo ambos considerados como obra de referência dos profissionais de IP/AT em Portugal e Espanha.

Um aspeto que marca a diferença entre os dois manuais é que o manual português para além da participação dos especialistas contou também com o envolvimento de outros parceiros nomeadamente a Associação Pais-em-Rede, a Universidade de Aveiro, Consultores Internacionais: *European Association on Early Intervention* (EURLYAID/EAEI) e *International Society on Early Intervention* (ISEI). No caso do manual espanhol este apenas contou com o contributo de vários especialistas não tendo sido envolvidos na sua elaboração os pais ou especialistas internacionais.

Destacamos um aspeto diferenciador nos dois manuais relevante por dizer respeito à sua acessibilidade. No caso do manual espanhol este está disponível em suporte digital (PDF) em vários sites de entidades espanholas relacionadas com a AT ou com a deficiência. Por sua vez o manual português apenas pode ser adquirido presencialmente na sede da ANIP ou por encomenda, o que na nossa perspetiva pode constituir um obstáculo à sua divulgação e consulta.

Por todas as razões anteriormente apresentadas podemos ainda acrescentar que o manual português se distingue do manual espanhol também pelo reconhecimento nacional e internacional. Embora tenhamos percebido que o manual espanhol foi reconhecido, por Pimentel (2005) como um importante contributo para os profissionais de Portugal, o manual português pelas características metodológicas e de organização destaca-se do manual espanhol. Não admira por isso que no manual português constem reconhecidos elogios por parte de experts internacionais como Michael J. Guralnick, Barry Carpenter, Carl J. Dunst, Franz Peterander, Marilyn Espe-Sherwindt, Rune Simeonsson, Robin Macwilliam e experts nacionais com funções em instituições ligadas à IP como Ana Maria Serrano (EURLYAID) e José Boavida (SNIPI).

A tabela 17 foi elaborada para que pudéssemos obter conclusões mais precisas acerca das indicações do investigador.

Tabela 17: Tabela comparativa relativa aos dados obtidos na categoria 7 - Indicações do investigador

Indicações do investigador	Público alvo	Profissionais ligados à IP	Profissionais ligados à IP
	Disciplina	Intervenção Precoce	Intervenção Precoce
	Áreas em que pode ser adotado	Intervenção Precoce Educação de infância Psicologia Ciências da Educação Serviço Social Medicina	Intervenção Precoce Educação de infância Psicologia Ciências da Educação Serviço Social Medicina

Esta última tabela permite perceber que quer o manual português quer o manual espanhol têm como público alvo os profissionais de IP/AT sendo que estes podem ser adotados por várias áreas de saber designadamente: Intervenção Precoce, Educação de Infância, Psicologia, Ciências da Educação, Serviço Social e Medicina.

7. Conclusões

Tendo em conta os objetivos deste trabalho, chegamos ao fim com a confiança de que foram estes foram atingidos apesar de não nos ter sido possível obter a entrevista com o presidente ou representante do GAT. Constatámos que existem várias similitudes, mas também diversas dissemelhanças no que se refere à Intervenção Precoce em Portugal e Espanha.

Gostaríamos de referir que este estudo pretendeu fazer uma análise comparativa entre Portugal e Espanha relativamente à Intervenção Precoce. A mesma pautou-se, predominantemente, na análise de conteúdo dos manuais relacionados com a IP/AT publicados nos dois países, sendo sempre nosso objetivo analisá-los de forma a encontrar pontos de contacto entre Portugal e Espanha no que diz respeito à organização e operacionalização da IP/AT. Esta curiosidade em perceber se as bases conceptuais e a organização do sistema de IP em Portugal e Espanha, dois países interligados geográfica, afetiva e culturalmente, apresentam similitudes levou a que fosse feita uma extensa pesquisa documental e bibliográfica que nos permitiu operacionalizar respostas e analisar um conjunto significativo de dados. Desta forma as conclusões deste estudo terão como base os manuais citados anteriormente bem como outras publicações na área da IP/AT quer em Portugal quer em Espanha, para além dos documentos internacionais emitidos pela EURLY AID e pela EADSNE.

Nesse sentido começamos por dar resposta à questão “Quais os motivos que levaram à publicação, pela ANIP, de *“Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um guia para Profissionais”* (Carvalho et al., 2016) e do *“Libro Blanco de*

Atención Temprana”, pelo GAT (GAT, 2000)?”. Relativamente a este assunto podemos concluir que ambos os manuais foram publicados com o intuito de tornar a IP/AT numa referência para as administrações públicas, os profissionais, as associações e as famílias (GAT, 2000, 2005a) orientando e unificando as práticas (Carvalho et al., 2016) tendo estes resultado de um longo trabalho colaborativo com diversos especialistas na área.

Uma outra questão que surgiu foi “Quais as semelhanças entre as publicações da ANIP e do GAT?”. Em relação a este aspeto concluímos que existem várias similitudes entre Portugal e Espanha.

Em primeiro lugar ambos os manuais são considerados uma referência central e um guia orientador para os profissionais da área pelo seu importante e pioneiro trabalho na IP/AT nos dois países. Daí que quer o manual português quer o manual espanhol têm como público alvo os profissionais de IP/AT sendo que estes podem ser adotados por várias áreas de saber designadamente Intervenção Precoce: Educação de infância, Psicologia, Ciências da Educação, Serviço Social e Medicina.

Em segundo lugar, ambos foram elaborados por especialistas da área sendo que no caso do manual português este, para além da participação de experts nacionais, também contou com a participação de outros parceiros nomeadamente a Associação Pais-em-Rede, a Universidade de Aveiro, Consultores Internacionais: *European Association on Early Intervention* (EAECI) e *International Society on Early Intervention* (ISEI) (Carvalho et al., 2016).

Também pudemos perceber que ambas as publicações já foram alvo de outras edições, nomeadamente o manual português foi editado pela segunda vez em 2017 (ANIP, 2018). No caso do manual espanhol este já teve mais edições sendo que a edição seguinte já contém imagens contrariamente à primeira edição (GAT, 2005).

Uma outra semelhança entre as duas publicações está relacionada com a linguagem usada e organização destas. Ambas estão organizadas de modo coerente e usando uma linguagem acessível ao leitor.

A leitura aprofundada e posterior análise de conteúdo de ambos os manuais permitiu também definir que existem similitudes no que se refere à definição de IP/AT já que ambos a definem como um conjunto de medidas de apoio às crianças e às famílias; definição da população alvo, i.e., abrange crianças dos 0 aos 6 anos; organização do trabalho mais precisamente as equipas, ELI e CDIAT, são constituídas por profissionais de várias áreas distintas cujo trabalho é desenvolvido de acordo com fases semelhantes sempre com o objetivo de apoiar as crianças e as suas famílias (Carvalho et al., 2016; GAT, 2000).

Após salientarmos as semelhanças entre estas duas publicações importa agora dar resposta à questão que também surgiu aquando da pergunta inicial “Quais as diferenças entre as publicações da ANIP e do GAT?”.

Relativamente a este aspeto salientamos que a análise detalhada dos manuais permitiu-nos inferir que existem concomitantemente várias dissemelhanças entre estas duas publicações.

Em primeiro lugar há que destacar que Espanha foi o primeiro país a publicar um manual de referência para os profissionais da área de IP. Contudo, gostaríamos de salientar que, à data, Portugal tinha já a experiência do PIIP cujo modelo de atuação e estruturação veio a fundamentar o Despacho Conjunto nº 891/99, de 19 de Outubro, o qual veio regulamentar as práticas de IP (Boavida e al., 2009; Carvalho e Valério, 2019) Ao contrário, Espanha continua a não ter um normativo estatal para a AT no qual esta seja reconhecida e onde sejam estabelecidos padrões mínimos (Lopez et al., 2018). Não podemos, no entanto, deixar de referir que Pimentel (2005) sugeria, à data de publicação do seu trabalho, que se publicasse em Portugal um manual semelhante a este.

A segunda dissemelhança que encontrámos foi que se trata de manuais distintos já que o manual português tem 359 páginas enquanto que o manual espanhol tem apenas 120 páginas e no caso do manual português este apenas está disponível em suporte de papel enquanto que o manual espanhol está acessível on-line através do site do GAT e outras entidades relacionadas com a Educação Especial ou Associações pertencentes ao GAT.

Mas é ao nível do ponto de vista metodológico e estrutural que pudemos encontrar mais diferenças.

O manual português fundamenta a informação incluída em referências a autores e especialistas na área enquanto que o manual espanhol não o faz em momento algum.

Outra dissimilitude bastante explícita é que o manual português aborda todo o processo de funcionamento da IP em Portugal bem como a perspetiva histórica desta, não só em Portugal como também nos EUA, país de origem da IP, ao contrário do manual espanhol que faz referências muito breves e sucintas, no prólogo, à evolução histórica da AT em Espanha sem nunca se referir as origens da AT. Destacar ainda que o manual português apresenta uma excelente fundamentação dos temas fazendo constantes referências aos estudos na área da neurobiologia do desenvolvimento bem como aos modelos psicológicos que influenciaram a IP designadamente o modelo bioecológico do desenvolvimento e o modelo transacional. No caso do manual espanhol estes estudos e teorias não são referenciados.

Para terminar as nossas conclusões temos ainda de dar resposta a uma última questão “Quais as orientações e recomendações descritas em cada uma das publicações?”.

Ambos os manuais consideram que o objetivo da IP/AT passa por ajudar as famílias a reconhecer as suas necessidades, a aproveitar as suas capacidades, bem como a aprender as competências que lhes permitam mobilizar os recursos e suportes formais e informais, intra e extra familiares, potenciando, desta forma a sua autonomia. Disseminando a abordagem centrada na família ambas as publicações veiculam que: toda a família é unidade da intervenção, i.e., o profissional de IP/AT tem que ter em conta as necessidades da criança e também as dos membros da sua família; parceria entre os profissionais e as famílias, i.e., o profissional de IP/AT deve valorizar os pontos fortes da família levando as famílias a estarem mais informadas e capazes de tomar decisões informadas; responder às prioridades e objetivos da

família, i.e., a intervenção do profissional de IPI deve ir ao encontro das necessidades, preocupações e objetivos definidos pela família; os profissionais são agentes da família sendo o seu objetivo ajudar as famílias a responder às suas próprias necessidades; práticas individualizadas para cada família, i.e., cada intervenção deverá refletir a especificidade de cada família (Carvalho et al., 2016; GAT, 2000).

Mas é precisamente no momento em que abordamos a questão das práticas dos profissionais de IP que percebemos que há ainda muito a fazer em ambos os países daí que tenhamos recorrido a um capítulo de um livro, publicado na Austrália, por especialistas portugueses e espanhóis, para fundamentar as nossas conclusões.

Assim, nas recomendações finais do capítulo "*Family systems and family-centred intervention practices in Portugal and Spain: Iberian reflections on early childhood intervention*" do livro "*Early Childhood Intervention: Working with Families of Young Children with Special Needs*", Serrano et al. (2016) fazem recomendações relativamente a Portugal designadamente: promover as práticas de capacitação centradas na família; promover a participação ativa das famílias em Portugal; melhorar as práticas de identificação para sinalizar as crianças para a IP; e fomentar a formação profissional e treino para os profissionais de IP.

Por sua vez, os autores anteriormente citados, também recomendam que em Espanha se: amplie e promova a AT centrada na família baseando-se na experiência de Portugal; continue a delinear o processo de treino e reflexão de forma a formar os profissionais na área específica das práticas centradas na família e práticas de capacitação; e se criem instrumentos que permitam avaliar as práticas e os resultados destas na criança e na família.

Os próprios manuais reconhecem os desafios ao desenvolvimento da IP/AT em Portugal e Espanha.

O "*Libro Blanco de Atención Temprana*" no seu prólogo revela que existem discrepâncias entre as Comunidades Autónomas e que é necessário criar uma rede de recursos, definir competências, criar um sistema que regule as relações entre os três ministérios e identificar as carências de cada Comunidade Autónoma. Nesse sentido sugere que haja um compromisso político para a criação de um normativo comum a todas as comunidades, sugerindo mesmo a criação de uma comissão estatal ou de um instituto de AT para promover o desenvolvimento de um normativo. Refere ainda a necessidade de uma maior receptividade aos avanços científicos bem como aos contributos dos profissionais, investigadores, associações de pais (GAT, 2000).

No caso de Portugal o manual "*Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um Guia para Profissionais*" também tece, nas considerações finais, algumas propostas de mudança na IPI no nosso país que passam, nomeadamente, pelo enquadramento da IPI, a qualificação dos profissionais (formação em serviço e supervisão), a organização e integração de políticas, sistemas e serviços e pelo processo de avaliação-intervenção e interação profissionais-família (Carvalho et al., 2016).

Findamos o nosso trabalho alegando que estes dois países, interligados geográfica, afetiva e culturalmente, têm ainda um complexo e contínuo caminho a percorrer pois

como referem Carvalho et al. (2016) as “boas práticas” em IPI não se obtêm de uma forma simples e linear pois “trata-se de um processo complexo e contínuo que enfrenta diferentes desafios e que exige fortes compromissos e esforços concertados de todos os intervenientes nos diferentes patamares do sistema de IPI” (p. 305).

7.1. Limitações do estudo

Consideramos que a impossibilidade de concretizar as entrevistas a responsáveis pelo GAT, mesmo que por razões alheias à investigadora, constituiu um constrangimento significativo pois não foi possível “ouvir a voz” dos intervenientes mais diretos o que iria permitir um aprofundamento do estudo.

7.2. Sugestões

Em termos de trabalho futuro seria interessante realizar este mesmo estudo comparativo entre Portugal e Inglaterra pois, à semelhança de Portugal e Espanha, este país da União Europeia já publicou, em 2003, um manual de referência na área da IP.

Ainda que nem todos os países da União Europeia tenham publicado um manual de referência comum para a IP consideramos que seria interessante realizar um estudo comparativo entre Portugal e outro país da União Europeia recorrendo a outras fontes de dados.

Futuramente também consideramos que seria muito aliciante proceder a um outro estudo comparativo entre Portugal e Espanha mas desta vez usando como técnica de recolha de dados a análise de conteúdo do normativo relacionado com a IP. Contudo, este estudo ficará pendente da promulgação do normativo estatal à tanto tempo reivindicado pelos profissionais e associações de AT em Espanha. É nossa opinião que este estudo comparativo baseado em normativos da IP poderá também ser realizado com outros países da Europa e que este estudo em muito iria permitir compreender a realidade da IP na União Europeia.

Referências bibliográficas:

- Abellán, R. M., Rodríguez, R. H. e Frutos, A. E. (2010). Una aproximación a la educación inclusiva en España. *Revista de Educación Inclusiva*, 3(1), 149-164. Disponível em <http://www.revistaeducacioninclusiva.es/index.php/REI/article/view/217/211>
- Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios familiares* (3.^a ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Almeida, I. C. (1997). A Perspectiva Ecológica em Intervenção Precoce. *Cadernos CEAF* 13/14, 29-40.
- Almeida, I. C. (2000a). A Evolução das Teorias e Modelos de Intervenção Precoce – Caracterização de uma Prática de Qualidade. *Cadernos CEAF*, 15/16, 29-46.
- Almeida, I. C. (2000b). A Importância da Intervenção Precoce no actual Contexto Sócio-Educativo. *Cadernos CEAF*, 15/16, 55-74.
- Almeida, I. C. (2004). Intervenção Precoce: Focada na criança ou centrada na família e na comunidade?. *Análise Psicológica*, 22(1), 65-79. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.12/5956>
- Almeida, I. C. (2009). A intervenção precoce como exemplo paradigmático de uma actualização e questionamento constantes. In G. Portugal (Org.). *Ideias, Projectos e inovação no mundo das infâncias - O percurso e a presença de Joaquim Bairrão* (pp. 29-42). Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Almeida, I. C. (2010). O Modelo de Intervenção Centrada na Família: Da Teoria à Prática. *Revista Diversidades*, (27), 12-16. Disponível em [http://www02.madeira-edu.pt/Portals/5/documentos/PublicacoesDRE/Revista_Diversidades/dwn_pdf ACrescer_27.pdf](http://www02.madeira-edu.pt/Portals/5/documentos/PublicacoesDRE/Revista_Diversidades/dwn_pdf_ACrescer_27.pdf)
- Almeida, I. C. (2011). A Intervenção centrada na família e na comunidade: O hiato entre as evidências e as práticas. *Análise Psicológica*, 29(1), 5-25. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312011000100002
- Almeida, I. C., Felgueiras, I. e Pimentel, J. S. (1997). Estudo Avaliativo da Implementação do Programa Portage em Portugal – Breve Síntese. *Cadernos CEAF* 13/14, 41-52.
- Alves, M. M. (2009). *Intervenção Precoce e Educação Especial – Práticas de Intervenção Centradas na Família*. Viseu: Psicossoma.
- Andrada, M. G. C. e Silva, M. R. T. A. T. (2001). Detecção e Intervenção Precoce. In C. Louro (Coord.). *Ação Social na Deficiência* (pp. 45-60). Lisboa: Universidade Aberta.
- Antunes, A. P. (1998). Programas de Intervenção Precoce: A Importância da Família. *Cadernos de Educação de Infância*, 48, 42-43.
- Aparicio, M. M. e Martín, A. G. (2007). El modelo de Atención Temprana y coordinación entre niveles en el municipio de Móstoles (Madrid). *Revista Pediatría de Atención Temprana*, IX(34), 317-328. Disponível em <https://medes.com/publication/33769>
- Arizcun, J. P., Gútiez, P. C. e Ruiz, E. V. (2006). *Formación en Atención Temprana: Revisión histórica y estado de la cuestión*. Disponível em <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/formacion-en-atencion-temprana-revision-historica-y-estado-de-la-cuestion.pdf>
- Assembleia da República [ARTV]. (17, maio, 2017). *Conferência Parlamentar sobre Intervenção Precoce e Inclusão* [Ficheiro de vídeo]. Disponível em <http://www.canal.parlamento.pt/?cid=1961&title=conferencia-parlamentar-sobre-intervencao-precoce-e-inclusao>
- Associação Nacional de Intervenção Precoce: <https://www.anip.pt/>

Associação Nacional de Intervenção Precoce [ANIP] (2010). ANIP – Instituição de Referência na Intervenção Precoce. *Revista Diversidades*, (27), 28-29. Disponível em http://www02.madeira.edu.pt/Portals/5/documentos/PublicacoesDRE/Revista_Diversidades/dwn_pdf_Acrescer_27.pdf

Associação Nacional de Intervenção Precoce [ANIP] (2014). *Contributos para Revisão do Quadro Normativo da Educação Especial*. Coimbra: ANIP. Disponível em <http://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.PDF?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c31684a53556c4d5a5763765130394e4c7a684452554d76523152465253394562324e31625756756447397a51574e3061585a705a47466b5a554e7662576c7a633246764c7a56694e6a466a4d5449784c544e684d4751744e474a6d4d6931685a57557a4c5751794e5467355a6a6b35596d5534597935515245593d&fich=5b61c121-3a0d-4bf2-ae3-d2589f99be8c.PDF&Inline=true>

Associação Nacional de Intervenção Precoce [ANIP] (2016). *ANIP – Relatório & Contas 2016*. Documento Policopiado.

Associação Nacional de Intervenção Precoce [ANIP] (2017). *Contributos para Conferência Parlamentar sobre Intervenção Precoce e Inclusão*. Coimbra: ANIP. Disponível em <http://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.PDF?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c31684a53556c4d5a5763765130394e4c7a684452554d76523152465253394562324e31625756756447397a51574e3061585a705a47466b5a554e7662576c7a633246764c3255304f444d325a6a59774c546b334d6a51744e474a68596931694d6d466b4c57526c5a545a6d4d4459354f444934597935515245593d&fich=e4836f60-9724-4bab-b2ad-dee6f069828c.PDF&Inline=true>

Associação Nacional de Intervenção Precoce [ANIP] (2018). *ANIP – Relatório & Contas 2018*. Disponível em <https://www.anip.pt/wp-content/uploads/2019/07/Relat%C3%B3rio-Contas-ANIP-2018-vf-protegido-1.pdf>

Associação Nacional de Intervenção Precoce [ANIP] (2019). *ANIP – Apresentação ANIP 2019*. Documento Interno Policopiado.

Augusto, H., Aguiar, C., e Carvalho, L. (2013). Práticas atuais e ideias em Intervenção Precoce no Alentejo. *Análise Psicológica*, 49-68. Disponível em <https://doi.org/10.14417/ap.614>

Bairrão, J. (1994). A Perspectiva Ecológica na Avaliação de Crianças com Necessidades Educativas Especiais e suas Famílias: O Caso da Intervenção Precoce. *Inovação*, 7, 37-48. Disponível em <https://hdl.handle.net/10216/56266>

Bairrão, J. (2003). Tendências Actuais em Intervenção Precoce. *Psicologia*, 17(1), 7-13. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v17i1.435>

Bairrão, J., Barbosa, M., Borges, I., Cruz, O. e Macedo-Pinto, I. (1990). *Perfil Nacional dos Cuidados Prestados às Crianças com idade inferior a seis anos*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Disponível em https://sigarra.up.pt/flup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=15006&pi_pub_r1_id=

Bairrão, J. (Coord.), Felgueiras, I., Fontes, P., Pereira, F. e Vilhena (1998). *Os alunos com necessidades educativas especiais: subsídios para o sistema de educação*. Lisboa: Conselho Nacional de Educação. Disponível em www.cnedu.pt/pt/publicacoes/estudos-e-relatorios/outros/798-os-alunos-com-necessidades-educativas-especiais-subsidios-para-o-sistema-de-educacao

Bairrão, J. e Almeida, I. C. (2003). Questões actuais em Intervenção Precoce. *Psicologia*, 17(1), 15-29. Disponível em <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v17i1.436>

Bairrão, J. e Vasconcelos, T. (1997). A Educação Pré-Escolar em Portugal: Contributos para uma perspetiva histórica. *Inovação: Revista do Instituto de Inovação Educacional*, 10(1), 7-19. Disponível em https://sigarra.up.pt/flup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=86051

Baptista, J. A. (1999). O Sucesso de todos na Escola Inclusiva. In *Uma Educação Inclusiva a partir da escola que temos (Relato de um Seminário realizado em 11 de Dezembro de 1998 (pp. 123-132).)*. Lisboa: Conselho Nacional de Educação. Disponível em

<http://www.cnedu.pt/pt/publicacoes/seminarios-e-coloquios/773-uma-educacao-inclusiva-a-partir-da-escola-que-temos>

Bardin, L. (2009). *Análise de Contéudo* (4ª Ed.). Lisboa: Edições 70.

Belda, J. C. e Cardama, J. (2006). Resultados de una encuesta sobre atención temprana. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 37(4)(220), 57-78. Disponível em <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/3150>

Blanco, N. C. (2012). *Estudo comparativo sobre a educação especial em Portugal-Extremadura : aplicação de um programa de intervenção* (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto Politécnico de Castelo Branco. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.11/1496>

Boni, V. e Quaresma, S. J. (2005). Aprendendo a entrevistar: Como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduados em Sociologia Política da UFSC*, 2(1), 68-80. Disponível em <https://doi.org/10.5007/%25x>

Boavida, J. (2018). Programa Nacional de Intervenção Precoce. In G. Oliveira e J. Saraiva (Coord), *Lições de Pediatria – Vol.1* (pp. 35-40). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. Disponível em https://doi.org/10.14195/978-989-26-1300-0_3

Boavida, J., Aguiar, C. e McWilliam, R. A. (2018). A Intervenção Precoce na Infância e os Contextos de Educação de Infância. In M. Furtes, C. Nunes, D. Lilo e T. Almeida (Coords). *Teorias, Práticas e Investigação em Intervenção Precoce* (pp. 5-26). Lisboa: Centro Interdisciplinar de Estudos Educacionais. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.21/8535>

Boavida, J. E. (1995). Um Processo Transdisciplinar e Inter-Serviços: Intervenção Precoce no Distrito de Coimbra. In Equipa de Coordenação do PIIP, L. B. Castro, J. B. Fernandes, M. J. B. Madeira, A. I. V. Cruz, Z. M. L. Veiga e M. V. Micaelo (Eds), *A Família na Intervenção Precoce – Da filosofia á acção* (pp. 13-24). Coimbra: Ediliber Gráfica.

Boavida, J. E. e Borges, L. (1990). Intervenção precoce: Um projecto para o distrito de Coimbra. *Saúde Infantil*, 12, 205-210.

Boavida, J., Carvalho, L. and Espe-Sherwindt (2009). Early Childhood Intervention in Portugal: Interplay of family centered, community based and interdisciplinary factors. In B.Carpenter, J. Schloesser and J. Egerton, *European Developments in Early Childhood Intervention*. EURLY AID. Disponível em https://www.eurlyaid.eu/wp-content/uploads/2016/05/eaie_eci_development_eng.pdf

Brazelton, T. B. (2005). Forças e pressões na família dos nossos dias: Preparar o futuro. In J. Gomes-Pedro, J. K. Nugent, J. G. Young e T. B. Brazelton, *A Criança e a Família no Século XXI* (pp. 49-59). Lisboa: Dinalivro.

Brazelton, T. B. (2010). *O grande livro da criança* (12ª ed.). Barcelona: Editorial Presença.

Brazelton, T. B. e Cramer, B. G. (1989). *A relação mais precoce - Os pais, os bebés e a interação precoce*. Lisboa: Terramar.

Brazelton, T. B. e Greenspan, S. I. (2002). *A criança e o seu mundo - Requisitos Essenciais para o Crescimento e Aprendizagem* (2ª ed.). Barcelona: Editorial Presença

Breia, G., Almeida, I.C. & Colôa, J. (2004). *Conceitos e Práticas em Intervenção Precoce*. Lisboa: Direção-Geral de Inovação e do Desenvolvimento Curricular.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development - Experiments by Nature and Design*. Cambridge: Harvard University Press. Disponível em <https://khoerulanwarbk.files.wordpress.com/2015/08/urie-bronfenbrenner-the-ecology-of-human-developbokos-z1.pdf>

Bronfenbrenner, U. & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In R. M. Lerner (Ed.) *Handbook of Child Psychology, vol. 1: theoretical models of human development* (pp. 793-828). New Jersey: Wiley.

Câmara Municipal de Coimbra (2017). *Protocolo de colaboração entre a Câmara Municipal de Coimbra, a ANIP – Associação Nacional de Intervenção Precoce e a Coimbra em Transição – Associação Sócio-Cultural e Ambiental*. Disponível em https://www.cm-coimbra.pt/wp-content/uploads/2018/06/coimbra.old_joomlatoools-files_docman-files_ANIP-e-Coimbra-em-Transicao-2017.pdf

Candel, I. (1993). Atención Temprana. Situación Actual y Perspectivas de Futuro. In I. C. Gil (Coor.), *Programa de Atención Temprana – Intervención en Niños com Síndrome de Down Y Out. ros Problemas de Desarrollo* (pp. 15-52). Madrid: CEPE. Disponível em <https://www.siiis.net/documentos/Digitalizados/129167 Programa%20de%20atencion%20temprana.pdf>

Carmo, H. e Ferreira, M. M. (2008). *Metodologia da Investigação - Guia para auto-aprendizagem* (2º ed.). Lisboa: Universidade Aberta.

Caldeira, Seixas e Piscalho (2017). Intervenção baseada nas rotinas. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 5(1), 62-80. Disponível em <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS/article/view/360/186>

Cardona, M. J. (1997). *Para a História da Educação de Infância – O Discurso Oficial (1834-1990)*. Porto: Porto Editora.

Cardona, M. J. (2006). *Educação de Infância - Formação e Desenvolvimento Profissional*. Chamusca: Edições Cosmo. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.15/2200>

Carvalho, L. e Valério, P. (2010). ANIP – Pelas crianças com as famílias, criamos o futuro!. *Cadernos de Educação de Infância*, (91), 26-28.

Carvalho, L., Almeida, I. C., Felgueiras, I., Leitão, S., Boavida, J., Santos, P. C., . . . e Franco, V. (2016). *Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um Guia para Profissionais*. Coimbra: Associação Nacional de Intervenção Precoce.

Carvalho, L., Filipe, M. e Regêncio, R. (2012). Modelo Transdisciplinar em IPI: Sim é possível!. *Diversidades*, (35), 13-15. Disponível em http://www02.madeira-edu.pt/Portals/5/documentos/PublicacoesDRE/Revista_Diversidades/dwn_pdf_PromessaDeUmFuturo_35.pdf

Carvalho, L. e Lopes S. (2006). Práticas Centradas na Família na Avaliação da Criança em Intervenção Precoce. *Revista Diversidades*, (14), 4-18. Disponível em http://www02.madeira-edu.pt/Portals/5/documentos/PublicacoesDRE/Revista_Diversidades/dwn_pdf_CaminhandoLadoLado_14.pdf

Carvalho, O. (2011). *De pequenino se torce o destino - O valor da Intervenção Precoce*. Porto: LivPsic. Disponível em <http://hdl.handle.net/11328/1917>

Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad [CERMI] (2017). *Documento Político el CERMI Estatal Sobre Atención Temprana. Por el derecho primordial de la infancia, a la salud y a su pleno desarrollo 2017*. Madrid: Ediciones Cinca. Disponível em <https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/colecciones/inclusion20.pdf>

Clínica sobre Discapacidad del Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas de la Universidad Carlos III de Madrid (2018). *Informe sobre la Atención Temprana: especial referencia a la Comunidad de Madrid*. Disponível em <https://clinicajuridicadiscapacidadidhbc.files.wordpress.com/2018/05/informe-atencion-temprana.pdf>

Conselho Nacional de Educação [CNE] (1999). *Crianças e alunos com necessidades educativas especiais - Parecer nº 1/99 do Conselho Nacional de Educação*. Lisboa: Conselho Nacional de Educação. Disponível em [https://myesecweb.esec.pt/pagina/cdi/ficheiros/docs/Parecer_CNE_1999\[1\].pdf](https://myesecweb.esec.pt/pagina/cdi/ficheiros/docs/Parecer_CNE_1999[1].pdf)

Contreras, A., Ruiz, G. e Burgos, M. (2011). *Modelo de Centro de Atención Temprana FEAPS - Madrid*. Madrid: FEAPS. Disponível em <https://plenainclusionmadrid.org/wp-content/uploads/2017/12/ModelodeCentrodeAtencionTemprana.pdf>

Cordeiro, M. (2015). *Crianças e Famílias num Portugal em Mudança*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Coriat, L. (1997). Estimulación Temprana: La construcción de una disciplina en el campo de los problemas del desarrollo infantil. *Escritos de la Infancia*, 8, pp. 29-45. Disponível em <https://fepi.org.ar/escritos-de-la-infancia-volumen-8/>

Correia, L. M. (1996). Intervenção Precoce: Do Atendimento Directo ao Envolvimento Parental. *Revista Saber(e)Educar* (1), pp. 37-45. Disponível em <http://hdl.handle.net/20.500.11796/949>

Correia, L. M. e Cabral, M. C. M. (1997a). Práticas tradicionais da colocação do aluno com necessidades educativas especiais. In L. M. Correia (Coord.), *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares* (pp. 11-16). Porto: Porto Editora.

Correia, L. M. e Cabral, M. C. M. (1997b). Uma Nova Política em Educação. In L. M. Correia (Coord.), *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares* (pp. 17-44). Porto: Porto Editora.

Correia, L. M e Serrano, A. M. (1997) Envolvimento Parental na Educação do Aluno com Necessidades Educativas Especiais. In L. M. Correia (Coord.), *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares* (pp. 143-158). Porto: Porto Editora.

Costa, A. M. B. (1981). Educação Especial. In M. Silva e M. I. Tamen (Coord.), *Sistema de Ensino em Portugal* (pp. 307-354). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Costa, M. C. M. (2013). *Educação Especial e Inclusiva: Aproximações entre Brasil e Portugal* (Tese de mestrado não publicada). Universidade de Aveiro. Disponível em <http://hdl.handle.net/10773/10610>

Coutinho, M. T. (1996). Intervenção Precoce - Dificuldades, Necessidades e Expectativas das Famílias. *Integrar*, 10, 5-16.

Coutinho, M. T. P. M. B. P. (1999). *Intervenção precoce: Estudos dos efeitos de um programa de formação parental destinado a pais de crianças com Síndrome de Down* (Dissertação de Doutoramento não publicada em Motricidade Humana, especialidade de Educação Especial e Reabilitação). Universidade Técnica de Lisboa. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.12/1594>

Cruz, A. I. (Coord.), Fontes, F. e Carvalho, M. L. (2003). *Avaliação e satisfação das famílias apoiadas pelo PIIP: Resultados da aplicação da escala ESFIP*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. Disponível em <http://hdl.handle.net/10316/36523>

Cuevas, P. G. e Veerman, E. R. (2012). Orígenes y Evolución de la Atención Temprana. Una Perspectiva Histórica de la Génesis de la Atención Temprana en Nuestro País. *Agentes Contextos y Procesos. Psicología Educativa*, 18(2), pp. 107-122. Disponível em <https://doi.org/10.5093/ed2012a12>

Diago, R. C., Pison, P. L. e Callau, L. N. (Coord.). (2013). *La Realidad Actual de la Atención Temprana en España*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad. Disponível em <http://sid.usal.es/idocs/F8/FD026068/Atencion%20Temprana.pdf>

Direção Geral da Educação [DGE] (s/d). *Webinar Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância* [Ficheiro de vídeo]. Disponível em: <https://webinars.dge.mec.pt/webinar/praticas-recomendadas-em-intervencao-precoce-na-infancia>

- Direção Geral de Saúde [DGS] (2016) . *Código de Ética do Profissional de IP*. Disponível em <https://www.dgs.pt/.../intervencao-precoce.../codigo-de-etica-do-profissional-de-ip-pdf>
- Division of Early Childhood [DEC] (2014). *DEC Recommended Practices Released 04/14/2014*. Disponível em <https://www.dec-sped.org/dec-recommended-practices>
- Duarte, Rosália (2004). Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educar em Revista*, 24, 213-225. Disponível em <http://www.redalyc.org/html/1550/155017717012/>
- Duffy, B. (1997). Análise de dados documentais. In Bell, J. (2ª ed.). *Como realizar um projecto de investigação: um guia para a pesquisa em ciências sociais e da educação* (pp.90-98). Lisboa: Gradiva.
- Dunst, C. J. (2000). Apoiar e capacitar as famílias em intervenção Precoce: O que aprendemos? In L. M. Correia e A. M. Serrano, *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce - Das Práticas Centradas na Criança às Práticas Centradas na Família* (pp. 77-92). Porto: Porto Editora.
- Dunst, C. J. (2005). Framework for Practicing Evidence-Based Early Childhood Intervention and Family Support. *CASEinPoint*, 1(1), 1-11. Disponível em <http://www.rehab.alabama.gov/docs/default-source/default-document-library/caseinpoint-framework-for-practicing-evid-based-early-childhood-interv-amp-fam-support.pdf?sfvrsn=0>
- European Agency for Development in Special Needs Education [EADSNE] (2005). *Intervenção Precoce na Infância. Análise nas Situações da Europa. Aspectos-Chave e Recomendações*. Odense, Denmark: European Agency for Development in Special Needs Education. Disponível em https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-analysis-of-situations-in-europe-key-aspects-and-recommendations_ei_pt.pdf
- European Agency for Development in Special Needs Education [EADSNE] (2010). *Intervenção Precoce na Infância - Progressos e Desenvolvimentos 2005-2010*. Odense, Denmark: European Agency for Development in Special Needs Education. Disponível em https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-progress-and-developments_ECI-report-PT.pdf
- European Association on Early Childhood Intervention [EURLY AID] (2015). *Report about answers to an EURLY AID Questionnaire The Implementation of Early Childhood Intervention (ECI) in 15 European Countries*. Disponível em https://www.eurlya id.eu/wp-content/uploads/2016/05/booklet_eurlya id_25years_eng.pdf
- Fariñas, P. B. G. (2011). *Estudio de la coordinación interinstitucional e interdisciplinar en Atención Temprana en la Comunidad de Madrid: La experiencia del programa marco de coordinación de Getafe* (Tesis Doctoral, Facultad de Educación, Departamento de Didáctica e Organización Escolar). Universidade Complutense de Madrid. Disponível em <https://eprints.ucm.es/13202/1/T32836.pdf>
- Felgueiras, I. (1997a). O Centro de Estudos e Apoio e à Família (CEAF). *Cadernos CEAF* 13/14, 9-16.
- Felgueiras, I. (1997b). Modelos de Intervenção Precoce em Crianças com Necessidades Educativas Especiais de Educação. *Cadernos CEAF*, 13/14, 23-28.
- Felgueiras, I., Bairrão, J. e Pimentel, J. S. (1986). O atendimento de crianças deficientes na DSOIP - O Modelo Portage para pais. *Cadernos DSOIP*, (11/12), 57-61. Disponível em <http://hdl.handle.net/10216/52190>
- Felgueiras, I. e Bairrão, J. (1991). Um Modelo de Intervenção Precoce: O Programa Portage para Pais. *Noesis*, (20), 38-42. Disponível em https://sigarra.up.pt/fdup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=86251
- Felgueiras, I. e Ruivo, J. B. (1989). Uma Perspectiva de 20 anos de Trabalho. *Imagem*. Disponível em <https://hdl.handle.net/10216/53727>

Feliciano, M. F., Santos, P. C., Silva, C. F., Agra, S. e Carvalho, L. (2015). Promover a qualidade das relações em Intervenção Precoce com o método Video Hometraining/Video Interaction Guidance (VHT/VIG). *Indagatio Didactica*, 7(4), 160-181. Disponível em <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/17848/1/Promover%20a%20qualidade%20das%20rela%C3%A7%C3%B5es%20em%20Interven%C3%A7%C3%A3o%20Precoce%20com%20o%20m%C3%A9todo%20Video%20Hometraining.pdf>

Fernandes, J. B. (2016). Editorial - Intervenção precoce em Portugal do Projeto Integrado de Intervenção Precoce do Distrito de Coimbra (PIIP) ao Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). *Saúde Infantil*, 38(1), 3-4. Disponível em https://saudeinfantil.asic.pt/images/download-gratuito/2016-Abril/ab_03-04.pdf

Fernandes, P. R. S. (2016). *Diálogos sobre a Intervenção Precoce em Portugal e no Brasil: Clarificação Nacional e Internacional sobre Práticas Profissionais* (Tese de Doutoramento não publicada na área Estudos da Criança). Universidade do Minho. Disponível em <http://hdl.handle.net/1822/44971>

Fernandes, R. (1979). *A Pedagogia Portuguesa Contemporânea*. Lisboa: Instituto da Cultura Portuguesa.

Ferreira, I. S. e Vasconcelos, C. (2015). Educação Parental e Intervenção Precoce - duas dinâmicas na redução de riscos. *Aprender*, (36), 8-28. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.26/15470>

Ferreira, M. C. T. R. (2001). Organização de Equipas Técnicas. In C. Louro (Coord.) *Acção Social na Deficiência*. Lisboa: Universidade Aberta.

Flick, U. (2013). *Introdução à Metodologia de Pesquisa*. Porto Alegre: Penso Editora. Disponível em <https://formacademicospe.wordpress.com/2017/03/27/6-livros-de-metodologia-para-download/>

Franco, V. (2007) . Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipe em intervenção precoce. *Interação em Psicologia*, 11(1), 113-121. Disponível em <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/6452/6779>

Franco, V. (2011). A inclusão começa em casa. In D. Rodrigues, *Educação Inclusiva – Dos conceitos às práticas de formação* (pp. 157-170). Lisboa: Instituto Piaget. Disponível em <http://hdl.handle.net/10174/3419>

Franco, V. (2015). Paixão-dor-paixão: pathos, luto e melancolia no nascimento da criança com deficiência. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 18(2), 204-220. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2015v18n2p204.2>

Franco, V. & Apolónio, A. M. (2010). *ODIP- Organização Diagnóstica em Intervenção Precoce, Versão Portuguesa*. Évora: Universidade de Évora. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/234036960_ODIP_Organizacao_Diagnostica_em_Intervenc_ao_Precoce_-_versao_portuguesa_da_Odat2008

Franco, V. e Apolónio, A. (2011a). Avaliação Diagnóstica em Intervenção Precoce. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 5 (1), 85-94. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832343008>

Franco, V. e Apolónio, A. M. (2011b). ODIP - A Versão Portuguesa da Organização Diagnóstica em Intervenção Precoce. In *Actas do VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação/Evaluación Psicológica. XV Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Disponível em <http://hdl.handle.net/10174/3664>

Franco, V. e Apolónio, A. M. (2008). *Avaliação do Impacto da Intervenção Precoce no Alentejo: criança, família e comunidade*. Évora: Administração Regional de Saúde do Alentejo, Instituto Público. Disponível em <http://hdl.handle.net/10174/1787>

Fuertes, M. (2016). Intervenção Precoce na linha de horizonte das famílias. In M. Fuertes, C. Nunes, e J. Rosa (Coord.), *Evidências em Intervenção Precoce* (pp. 9-18). Lisboa: Centro Interdisciplinar de Estudos

Educacionais /Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Lisboa. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.21/8271>

Furtes, M. (2017). A Intervenção precoce na infância: o todo é maior do que a soma das partes. *Cadernos de Educação de Infância*, (111), 31-33.

Gallagher, R. J. & Tramill (2000). Para além da Parte H: Implicações da Legislação de Intervenção Precoce na Organização de Parcerias de Colaboração Escola/Comunidade. In L. M. Correia e A. M. Serrano, *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce - Das Práticas Centradas na Criança às Práticas Centradas na Família* (pp. 33-64). Porto: Porto Editora.

Garbarino, J. & Ganzel, B. (2000). The Human Ecology of Early Risk. In J. P. Shonkoff e S. J. Meisels (Eds.), *Early Childhood Intervention* (2ª ed., pp. 76-93). New York: Cambridge University Press

García, C. E. (2004, 15 de junio). *Panorámica de la Atención Temprana en España*. Comunicação apresentada em I Jornadas de Desarrollo Infantil e Atención Temprana. Instituto Navarro de Bienestar Social organizadas pelo Gobierno de Navarra, Pamplona, España. Disponível em <http://sid.usal.es/libros/discapacidad/7302/8-8/i-jornada-de-desarrolloinfantil-y-atencion-temprana.aspx>

García-Sánchez F. A., Mora, C. T. E., Sánchez-Lopez, M. C., Sánchez, N. O., e Hernández-Perez, E. (2014). Atención temprana centrada en la familia. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 45(3)(251), 6-27. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/308071230_Atencion_Temprana_centrada_en_la_familia_Family-centered_Early_childhood_Intervention

GAT (s.d.), *Atención Temprana. Metodología Y Objetivos. Resumen Del Libro Blanco* (pp. 39-44). Disponível em https://www.sijs.net/docs/ficheros/200403160005_24_0.pdf

GAT (2000). *Libro blanco de la atención temprana*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Disponível em http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/libro_blanco_de_la_estimulacion_temprana.pdf

GAT (2004). *Organización Diagnóstica para la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Disponível em <http://www.gat-atenciontemprana.org/>

GAT (2005a). *Libro Blanco de la Atención Temprana* (3.ª Ed). Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Disponível em http://sid.usal.es/idocs/F8/FD0625/libro_blanco_atenciontemprana.pdf

GAT (2005b). *Recomendaciones Técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Disponível em <http://atenciontemprana.com/wp-content/uploads/2015/09/Recomendaciones-T%C3%A9cnicas.pdf>

GAT (2011). *Mejora del proceso de comunicación del diagnóstico de trastorno en el desarrollo o discapacidad en la primera infancia. La primera noticia*. Madrid: Editorial Polibea, S. L. Disponível em <http://gat-atenciontemprana.org/wp-content/uploads/2019/05/primer-noticia-web.pdf>

Gil, A. C. (2008). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social* (6ª ed.). São Paulo: Edições Atlas. Disponível em <https://formacademicospe.wordpress.com/2017/03/27/6-livros-de-metodologia-para-download/>

Gil I. C. (2001a). Aspectos generales de la atención temprana. In I. C. Gil (Coor.), *Atención Temprana – Niños com Síndrome de Down y otros problemas de desarrollo* (pp. 7-17) . Madrid: Federación Española del Síndrome de Down. Disponível em https://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2014/09/30L_atenciontemprana.PDF

Gil, I. C. (2001b). Propuestas de Organización del Servicio de Atención Temprana. In I. C. Gil (Coor.), *Atención Temprana – Niños com Síndrome de Down y otros problemas de desarrollo* (pp. 18-27). Madrid:

Federación Española del Síndrome de Down. Disponível em https://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2014/09/30L_atenciontemprana.PDF

Gil, I. C. (2001c). Diseño de l Programa de AT. In I. C. Gil (Coor.), *Atención Temprana – Niños com Síndrome de Down y otros problemas de desarrollo* (pp. 28-55). Madrid: Federación Española del Síndrome de Down. Disponível em https://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2014/09/30L_atenciontemprana.PDF

Gil, I. C. (2005). Elaboración de un Programa de Atención Temprana. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 3 (7) 2005, pp. 151 - 192. Disponível em <http://dx.doi.org/10.25115/ejrep.v3i7.1206>

Gomes-Pedro, J. (2005). A Criança no Século XXI. In J. Gomes-Pedro, J. K. Nugent, J. G. Young e T. B. Brazelton, *A Criança e a Família no Século XXI* (pp. 23-48). Lisboa: Dinalivro.

Gronita, J. (2007). As crianças e a igualdade de oportunidades: riscos múltiplos, necessidades especiais. *Audição Parlamentar da Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias - Subcomissão para a Igualdade de Oportunidades*. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.2/7465>

Gronita, J. (2012). Intervenção Precoce na Infância enquanto processo de Inclusão e de Desenvolvimento. In N. Ramos, E. Mendes, A. Silva, e J. Porfírio (Coord), *Família, Educação e Desenvolvimento no séc. XXI: Olhares Interdisciplinares* (Parte II, pp. 83-90). Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Educação: Portalegre. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.26/23880>

Gronita, J., Matos, C, Pimentel, J. S., Bernardo, A. C. e Marques, J. D. (2011). *Intervenção Precoce: O processo de construção de boas práticas: Relatório Final*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.2/7364>

Gronita, J. J. C. (2014). *Contributos para a Análise de Modelos Organizacionais de Intervenção Precoce na Infância em Portugal* (Dissertação de Doutoramento não publicada em Psicologia na especialidade de Psicologia Clínica e da Saúde). Universidade Aberta. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.2/3774>

Grupo de Trabajo de Prevención Y Atención Al Desarrollo Infantil [PADI] (1995). *Documento Sobre Atención Temprana*. Disponível em http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/documento_sobre_atencion_temprana.pdf

Gútiéz, P. (2010). Early Childhood Intervention in Spain: Standard needs and changes. *International Journal of Early Childhood Special Education*, 2(2), pp. 136-148. Disponível em <https://www.int-jecse.net/article-details/2010/2/2/55>

Gútiéz, P. e Ruiz, E. (2012). Orígenes y evolución de la atención temprana. Uma perspectiva histórica de la génesis de la atención temprana en nuestro país. Agentes contextos e processos. *Psicologia Educativa*, 18 (2), pp. 107-122. Disponível em <https://journals.copmadrid.org/psed/archivos/ed2012v18n2a3.pdf>

Henriques, H. e Marchão, A. (2017). Revisitar a formação de educadores/as de infância através da Revista Aprender (1987-2015). *Revista Linhas*, 18(38), 160-182. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/320572324_Revisitar_a_formacao_de_educadoras_de_infancia_atraves_da_Revista_Aprender_1987-2015

Infante, M. J. (2008). Educação Pré-Escolar - Olhares do Passado e do Presente. *Itinerários*, (7), 25-37. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.11/863>

Juan-Vera, M., e Pérez-López, J. (2009). El funcionamiento de un Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT). *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 23 (2), 21-38. Disponível em <http://www.redalyc.org/pdf/274/27419063003.pdf>

- Lakatos, E. M. e Marconi, M. A. (1992). *Metodologia do Trabalho Científico: Metodologia do trabalho científico: Procedimentos básicos, Pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, Publicações e trabalhos científicos* (4ª ed.). São Paulo: Editora Atlas. Disponível em <https://formacademicospe.wordpress.com/2017/03/27/6-livros-de-metodologia-para-download/>
- Leitão, F. A. R. (1989). A Avaliação de Programas de Intervenção Educativa Precoce. *Educação Especial e Reabilitação*, 18(1), 43-50.
- Lebrero, F. P. (2016). Apuntes sobre la contribución del GAT a la Atención Temprana. *Revista Española de Discapacidad*, 4 (1), 225-239. Doi: <http://dx.doi.org/10.5569/2340-5104.04.01.13>
- Lopez, P., Ponte, J. e Rubert, M. A. (2018). *Atención Temprana. La visión de los profesionales*. Disponível em <http://gat-atenciontemprana.org/wp-content/uploads/2019/05/%C3%A2%C2%81%C2%AE-La-visi%C3%B3n-de-los-profesionales.pdf>
- Marconi, M. A. e Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos da Metodologia Científica* (5ª ed.). São Paulo: Editora Atlas. Disponível em <https://formacademicospe.wordpress.com/2017/03/27/6-livros-de-metodologia-para-download/>
- Marín, M. C. C. e Pendi, A. I. (2013). Evolución legislativa de la educación especial en España de 1970 a 2006 y su aplicación práctica. *Revista nacional e internacional de educación inclusiva*, 6(3), 150-163. Disponível em <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4615399>
- Martinez, F. P., Fernández, A. H. e Medina, A. C. (2003). Atención Temprana. *Enseñanza*, 21, 245-274. Disponível em <http://revistas.usal.es/index.php/0212-5374/article/view/4055>
- Matos, S. e Pereira, A. P. (2011). *O Perfil de Competências do Profissional de Intervenção Precoce: Contributos e Perspetivas dos Profissionais*. Disponível em <http://hdl.handle.net/1822/15339>
- McWilliam, P. J. (2003). Práticas de Intervenção Precoce Centradas na Família. In P. J. McWilliam, P. J. Winton e E. R. Crais (Eds.), *Estratégias Práticas para a Intervenção Precoce Centrada na Família* (pp. 9-21). Porto: Porto Editora.
- McWilliam, R. A. (2012). Avaliar as necessidades das famílias através de uma entrevista baseada nas rotinas. In R. A. McWilliam (Org.), *Trabalhar com as Famílias de Crianças com Necessidades Especiais* (pp. 39-72). Porto: Porto Editora.
- Meirinhos, M. e Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *EDUSER*, 49-65. Disponível em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/.../O%20estudo%20de%20caso%20como%20estrat%C3%A9gia..>
- Meisels, S. and J. Shonkoff, J. P. (2000). Early Childhood Intervention: A Continuing Evolution. In J. P. Shonkoff e S. J. Meisels (Eds.), *Early Childhood Intervention* (2ª ed., pp. 3-31). New York: Cambridge University Press.
- Mendes, M. E. S. T. (2010). *Avaliação da Qualidade em Intervenção Precoce: Práticas no Distrito de Portalegre* (Tese de Doutoramento não publicada na área da Psicologia). Universidade do Porto. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.26/1549>
- Mendes, M. L. S., Neves, M. M. e Guedes, M. (2000). *A educação pré-escolar e os cuidados para a primeira infância em Portugal*. Lisboa: Departamento de Educação Básica, Ministério da Educação. Disponível em <http://www.adcl.org.pt/observatorio/pdf/cuidadosparaainfanciaemPortugal.pdf>
- Mendes, P. e Seixas, S. R. (2016). Referenciação numa ELI: Estudo de Caso. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 12 (41), 28-50. Disponível em doi.org/10.25755/int.10834

- Mesquita, M. H. (2002). Uma nova política em necessidades educativas especiais: o Decreto Lei - 319/91- Rumo a uma escola inclusiva. *Educare Educere: Revista da Escola Superior de Educação*, (13), 105-118. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.11/1529>
- Millheiriço, A. e Seixas, S. R. (2016). Humanidade em Intervenção Precoce na Infância. *Interações*, 12(41), 12-27. Disponível em <https://doi.org/10.25755/int.10833>
- Minayo, M. C. S. (2002). Ciência, Técnica e Arte: O Desafio da Pesquisa Social. In Minayo, M. C. S. (Org.), Deslandes, S. F., Neto, O. C. e Gomes, R., *Pesquisa Social : Teoria, Método, e Criatividade* (21ª ed.). Petrópolis: Editora Vozes. Disponível em <https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>
- Minuchin, S. (1982). *Famílias: Funcionamento & Tratamento*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Moreno, A. M. e Calet, N. (2015). Intervención en Atención Temprana: Enfoque Desde el Ámbito Familiar. *Escritos de Psicología*, 8(2), 33-42. Disponível em <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2015.1905>
- Morato, P., Espadinha, C., Sofia, H., Rodruigues, A., Brandão, T., Cruz, V., . . e Correia, M. (2015). *Investigação em Educação Especial 1985-2015*. Centro de Estudos de Educação Especial. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa.
- Noriega, M. D. M. G. (2012). La Legislación Educativa y los Alumnos con Discapacidad: Necesidad de Actualización. *Anuario de la Facultad de Derecho (Universidad de Alcalá)* (5), 81 – 105. Disponível em <http://hdl.handle.net/10017/13441>
- Núñez, M. T. e Silva, L. G. S. (2014). A evolução da educação especial na legislação espanhola e brasileira. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 1(1), 73-81. Disponível em <https://doi.org/10.17979/reipe.2014.1.1.26>
- Oriola, J. C. B. (2006). Organización Diagnóstica para la Atención Temprana (ODAT). *Revista MinusVal*, (159), 26-27. Disponível em http://sid.usal.es/idocs/F8/8.2.1.2-139/159/minusval_159.pdf
- Pereira, A. P. e Serrano, A. M. (2010). Abordagem Centrada na Família em Intervenção Precoce: Perspectivas Histórica, Conceptual e Empírica. *Revista Diversidades*, (27), 4-11. Disponível em http://www02.madeira-edu.pt/Portals/5/documentos/PublicacoesDRE/Revista_Diversidades/dwn_pdf_Acrescer_27.pdf
- Perera, J. (2011). Atención Temprana: Definición, objetivos, modelos de intervención y retos planteados. *Revista Síndrome de Down*, 28, pp. 140-152. Disponível em http://revistadown.downcantabria.com/wp-content/uploads/2011/12/revista111_140-152.pdf
- Pérez, M. C. (2013). *La Participación de las Familias en los Servicios de Atención Temprana en la Comunidad Valenciana* (Tesis Doctoral). Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. Disponível em <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=pD5IUQeFIpM%3D>
- Pérez, T. G. (2011). Modelos de Escolarización: Trayectoria Histórica de la Educación Especial. *Educação e Filosofia Uberlândia*, 25(50), 691-716. Disponível em <http://www.seer.ufu.br/index.php/EducaoFilosofia/article/view/13373/7662>
- Pérez, V. Q. (2009). Nuevo modelo para la atención temprana en Andalucía: directrices y desafíos. *Revista Iberoamericana de Educación*, 48(4), 1-8. Disponível em <https://rieoei.org/RIE/article/view/2178>
- Pérez-Ruiz, M. C. (2015). *La Atención Temprana: Ámbito de Desarrollo de las Familias con Hijos con Discapacidad* (Trabajo Fin de Grado de Educación Infantil). Universidad de Navarra. Disponível em <http://hdl.handle.net/10171/39654>

- Pimentel, J. S. (1999). Reflexões sobre avaliação de Programas de Intervenção Precoce. *Análise Psicológica*, 17(1), 143-152. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v17n1/v17n1a15.pdf>
- Pimentel, J. S. (2009). Uma intervenção precoce com base científica: percurso na D.S.O.I.P com Joaquim Bairrão. In G. Portugal (Org.), *Ideias, Projectos e inovação no mundo das infâncias - O percurso e a presença de Joaquim Bairrão* (pp. 19-27). Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Pimentel, J. V. Z. S. (1996). *Um bebé diferente - Da Individualidade da Interação à especificidade da Intervenção* (Tese de mestrado não publicada em Psicologia Educacional). Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.12/796>
- Pimentel, J. V. Z. S. (2005). *Intervenção Focada na Família: desejo ou realidade*. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.12/1138>
- Pinto, A. I., Grande, C., Aguiar, C., Almeida, I. C., Felgueiras, I., Pimentel, J. S., Serrano, A. M., Carvalho, L., Brandão, M. T., Boavida, T., Santos, P., & Lopes-dos-Santos, P. (2012). Early childhood intervention in Portugal: An overview based on the Developmental Systems Model. *Infants & Young Children*, 25(4), 310-322. Disponível em doi [10.1097/IYC.0b013e3182673e2b](https://doi.org/10.1097/IYC.0b013e3182673e2b)
- Pinto, A. I., Grande, C., Felgueiras, I., Almeida, I. C., Pimentel, J. S. e Novais, I. (2009). Intervenção e Investigação em idades precoces: O legado de Joaquim Bairrão. *Psicologia*, 23(2), 21-42. Disponível em https://sigarra.up.pt/flup/pt//pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=98444&pi_pub_r1_id=
- Pons, V. (2007). Atención Temprana en Andalucia. *Vox Paediatrica*, 15(1), pp. 26-29. Disponível em http://atenciontemprana.w2web.es/wp-content/uploads/AT_A_Pons.pdf
- Ponte, J. (2003). Legislación y atención temprana. Notas sobre aspectos Sociosanitarios. *Boletín Del Real Patronato Sobre Discapacidad*, (56), pp. 5-19. Disponível em <http://hdl.handle.net/11181/3066>
- Rafael, S. e Piscalho, I. (2016). A Intervenção Precoce na Infância e o(s) Percurso(s) para a Inclusão. *Interações*, 51-72. Disponível em <https://doi.org/10.25755/int.10835>
- Ramos, N. (2001). Comunicação, cultura e interculturalidade : para uma comunicação intercultural. *Revista Portuguesa de Pedagogia* (2), 155-178. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.2/5839>
- Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía (1991). *Memoria del Real Patronato (1976 - 1990)*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Disponível em https://www.siiis.net/documentos/Digitalizados/114_Memoria%20del%20real%20patronato.pdf
- Relvas, A. P. (1999). *Conversas com Famílias. Discursos e Perspetivas em Terapia Familiar*. Porto: Edições Afrontamento.
- Redruello, R. A. e Vilorio, C. A. (2004). La organización de la atención temprana en la educación infantil. *Tendencias Pedagógicas*, 9, 217-246. Disponível em <https://revistas.uam.es/tendenciaspedagogicas/article/view/1848/1957>
- Robles-Bello, M. A. e Sánchez-Teruel, D. (2013). Atención Infantil Temprana en España. *Papeles del Psicólogo*, 34(2), 132-143. Disponível em <http://www.papelesdel psicologo.es/pdf/2236.pdf>
- Rodrigues, G. S., Seixas, S. R. e Piscalho, I. (2017). Apoio Domiciliário: Perspetivas de Famílias e Educadores. *Revista da UIIPS - Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 5(1) 2017, 5-20 Disponível em <https://doi.org/10.25746/ruiips.v5.i1.14476>
- Rodrigues, C., Guimarães, J., Fuertes, M., Cravo, M., e Grazina, T. (2016). Somos uma família, somos uma equipa. In M. Fuertes, C. Nunes, e J. Rosa, *Evidências em Intervenção Precoce* (pp. 89-100). Centro Interdisciplinar de Estudos Educacionais/ Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Lisboa. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.21/8271>

Rubio, J. G. (2017). Evolución legislativa de la educación inclusiva en España. *Revista Nacional e Internacional de Educación Inclusiva*, 10(1), 251-264. Disponível em <http://www.revistaeducacioninclusiva.es/index.php/REI/article/view/271/286>

Ruivo, J. B. e Almeida, I. C. (2002). *Contributos para o estudos das práticas de Intervenção Precoce em Portugal*. Lisboa: Ministério da Educação.

Sá-Silva, J. R., Almeida, C. D. e Guindani, J. F. (2009). Pesquisa Documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História Ciências Sociais*, 1(1). Disponível em <https://www.rbhcs.com/rbhcs/article/view/6/pdf>

Sameroff, A. J. and Fiese, B. H. (2000). Transactional Regulation: The Developmental Ecology of Early Intervention. In J. P. Shonkoff e S. J. Meisels (Eds.), *Early Childhood Intervention* (2ª ed., pp. 135-159). New York: Cambridge University Press.

Sánchez, C. D. (2019). *Guía básica sobre Atención Temprana y Transformación*. Madrid: Plena inclusión España. Disponível em: <https://www.plenainclusion.org/informate/publicaciones/guia-basica-sobre-atencion-temprana-y-transformacion>

Sánchez-Caravaca e Gil, I. C. (2012). Aplicación de programas de atención temprana siguiendo un modelo educativo. *Educar em Revista*, (43), 33-48. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-40602012000100004>

Sansalvador, J. (1983). Situación actual de la estimulación precoz en España. *Educar*, 4, p. 91-99. Disponível em <https://doi.org/10.5565/rev/educar.540>

Santos, P. A. C. H. (2007). *Promovendo um processo de construção de uma cultura de Intervenção Precoce* (Tese de Doutoramento não publicada na área das Ciências da Educação). Universidade de Aveiro. Disponível em <http://hdl.handle.net/10773/1104>

Santos, P., Agra, S. e Feliciano, F. (2015). Comunicação em intervenção precoce. *Exedra: Revista Científica*, (3 extra), 122-130. Disponível em <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6494900>

Santos, P. C. (2009). Empowerment colectivo e corresponsabilização: palavras-chave em intervenção precoce. In G. Portugal, *Ideias, Projectos e inovação no mundo das infâncias - O percurso e a presença de Joaquim Bairrão* (pp. 117-125). Aveiro: Universidade de Aveiro.

Schmitterlöw, C. L. V. (2012). *Atención Temprana: bases para um modelo de intervención familiar. Modelo de Atención Temprana*. Madrid: Down España. Disponível em https://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2014/09/110L_modelode.pdf

Seco, J. M. A., Berra, M. A. L. P. A., García, L. B. R. C. E., Viso, M. G., Ráez, E. N., Ramón-Laca, M. L., Muniáin, P. S., Mancebo, A. V., Aguirre, M. E. Z. M. e SIIS - Centro de Documentación e Información (1997). *Realizaciones sobre Discapacidad en España. Balance de 20 Años*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Disponível em https://www.siiis.net/docs/ficheros/Realizaciones%20sobre%20discapacidad%20en%20Espa%C3%B1a%20online_Parte1.pdf

Secretariado Nacional de Reabilitação [SNR] (1984). *Sistema de Educação Especial em Portugal*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.

Serrano, A. (2012). Deixa-me Fazer e eu Aprendo: A Aprendizagem da Criança mediada pelos Pais/Prestadores de Cuidados em Contextos Naturais. *Revista Diversidades*, (35). Disponível em http://www02.madeira-edu.pt/Portals/5/documentos/PublicacoesDRE/Revista_Diversidades/dwn_pdf_PromessaDeUmFuturo_35.pdf

- Serrano, A. M. (2007). *Redes Sociais de Apoio e Sua Relevância para a Intervenção Precoce*. Porto: Porto Editora.
- Serrano, A. M. e Boavida, J. (2011). Early childhood intervention: the Portuguese pathway towards inclusion. *Revista de Educación Inclusiva*, 4, 123-138. Disponível em <http://hdl.handle.net/1822/15769>
- Serrano A. M. e Correia, L. M. (2000). Intervenção Precoce centrada na família: Uma perspetiva ecologica de atendimento. In L. M. Correia e A. M. Serrano, *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce - Das Práticas Centradas na Criança às Práticas Centradas na Família* (pp. 11-32). Porto: Porto Editora.
- Serrano, A. M., Mas, J. M., Cañadas, M. & Giné, C. (2016). Family systems and family-centred intervention practices in Portugal and Spain: Iberian reflections on early childhood intervention. In H. Sukkar, C. J. Dunst & J. Kirkby (Eds.), *Early Childhood Intervention: Working with Families of Young Children with Special Needs* (pp. 193-212). Abingdon, Oxfordshire: Routledge.
- Silva, A. S. e Pinto, J. M. (1986). Uma Visão Global sobre as Ciências Sociais. In Silva, A. S. e Pinto, J. M. (Orgs.), *Metodologia das Ciências Sociais* (6ª ed., pp. 9-27). Porto: Edições Afrontamento.
- Silva, A. S. (1986). A Ruptura com o Senso Comum nas Ciências Sociais. In Silva, A. S. e Pinto, J. M. (Orgs.), *Metodologia das Ciências Sociais* (6ª ed., pp. 29-53). Porto: Edições Afrontamento.
- Silva, E. A. (2013). As metodologias qualitativas de investigação nas Ciências Sociais. *Revista Angolana de Sociologia*, 77-79. Disponível em <https://journals.openedition.org/ras/740>
- Silva, I. L. (coord.), Marques, L., Mata, L., e Rosa, M. (2016). *Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar*. Lisboa: Ministério da Educação, Departamento da Educação Básica. Disponível em http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Noticias_Imagens/ocepe_abril2016.pdf
- Simeonsson, R. J. (2009). Promoting children's early development: the legacy of Joaquim Bairrão. In G. Portugal, *Ideias, Projectos e inovação no mundo das infâncias - O percurso e a presença de Joaquim Bairrão* (pp. 105-114). Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação [SPCE] (2014). *Instrumento de Regulação Ético-Deontológica - Carta Ética*. Porto: Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação. Disponível em <http://www.spce.org.pt/CARTA%C3%83%E2%80%B0TICA.pdf>
- Tagethof, M. I. C. A. (2007). *Estudos sobre a Intervenção Precoce em Portugal: Ideias dos Especialistas, dos Profissionais e das Famílias* (Dissertação de Doutoramento não publicada). Universidade do Porto. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.12/47>
- Vala, J. (1986). A Análise de Contéudo. In Silva, A. S. e Pinto, J. M. (Orgs.), *Metodologia das Ciências Sociais* (6ª ed., pp. 101-128). Porto: Edições Afrontamento.
- Vasconcelos, T. (2000). Educação de Infância em Portugal: Perspectivas de desenvolvimento num quadro de posmodernidade. *Revista Iberoamericana de Educação*, (22), 93-115. Disponível em <https://rieoei.org/RIE/article/view/1024>
- Veiga, C. V. (1999). *Cooperativas de educação e reabilitação de crianças inadaptadas: uma visão global*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Villegas, D. G. C. (2011). *La Atención Temprana en la Etapa de Educación Infantil* (Proyecto Fin de Máster Universitario de Educación Especial, Facultad de Ciencias de la Educación), Universidade de Almeria. Disponível em <http://hdl.handle.net/10835/1159>
- Viloria, C. A. (2011). *La Atención a la Familia en Atención Temprana: Un Estudio desde la Perspectiva de los Profesionales de los Servicios Y Centros de Atención Temprana* (Doctoral Thesis não publicada, Facultad de Formación de Profesorado y Educación). Universidad Autónoma de Madrid. Disponível em <http://hdl.handle.net/10486/6534>

Yin, R. K. (2001). *Estudo de Caso: Planeamento e Métodos* (2ª ed.). Porto Alegre: Bookman. Disponível em <https://saudeglobaldotorg1.files.wordpress.com/2014/02/yin-metodologia-da-pesquisa-estudo-de-caso-yin.pdf>

Referências legislativas

Acuerdo entre el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia y el Servicio Extremeño de Salud para la Mejora de la Atención Temprana en Extremadura (17 de outubro de 2018). Disponível em https://www.areasaludcaceres.es/docs/files/13422_acuerdo-at.pdf

Constitución Española. (1978, 27 de dezembro). Disponível em http://www.congreso.es/docu/constituciones/1978/1978_cd.pdf

Decreto 1023/1976. Ministerio de Educación y Ciencia. *BOE núm. 112*, de 10 de mayo de 1976, 9016-9017 / BOE-A-1976-9418

Decreto 1151/1975. Ministerio de Educación y Ciencia. *BOE núm. 132*, de 3 de junio de 1975, 11769 - 11771 / BOE-A-1975-11325

Decreto Lei nº 281/2009. Ministério da Saúde. *Diário da República, 1ª Série - Nº 193* - 6 de outubro de 2009, 7298 - 7301.

Despacho Conjunto nº 891/99. Ministério da Educação, da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade. *Diário da República, 2ª Série - Nº 244* - 19 de outubro de 1999, 15566-15568.

Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa. Jefatura del Estado. *BOE núm. 187*, de 6 de agosto de 1970, páginas 12525 - 12546 / BOE-A-1970-852. Disponível em <https://www.boe.es/boe/dias/1970/08/06/pdfs/A12525-12546.pdf>

Ley 14/2000, Medidas fiscales, administrativas y de orden social. JEFATURA DEL ESTADO. *BOE núm. 313* de 30 de Diciembre de 2000, 46631 - 46723 / BOE-A-2000-24357 Disponível em <https://www.boe.es/boe/dias/2000/12/30/pdfs/A46631-46723.pdf>

Ley de Instrucción Pública de 9 de Setiembre de 1857. (Ley Moyano). Disponível em http://elgranerocomun.net/IMG/pdf/Ley_Moyano_de_Instruccion_Publica_1857.pdf

Ley de Integración de los Minusválidos (LISMI). Jefatura del Estado. *BOE núm. 103*, de 30 de abril de 1982, 11106 - 11112 / BOE-A-1982-9983 Disponível em <https://www.boe.es/buscar/pdf/1982/BOE-A-1982-9983-consolidado.pdf>

Organização das Nações Unidas [ONU] (2007). *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. Disponível em <https://www.dgs.pt/em-destaque/convencao-das-nacoes-unidas-sobre-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia.aspx>

Plan de Prestaciones para Minusválidos físicos, psíquicos y sensoriales. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. *BOE» núm. 85*, de 8 de abril de 1980, 7528 - 7531 / BOE-A-1980-7239 Disponível em <https://www.boe.es/boe/dias/1980/04/08/pdfs/A07528-07531.pdf>

Real Decreto 620/1981. Presidencia del Gobierno. *BOE» núm. 82*, de 6 de abril de 1981, 7397 - 7400 / BOE-A-1981-7842. Disponível em <https://www.boe.es/boe/dias/1981/04/06/pdfs/A07397-07400.pdf>

United Nations Children's Fundation [UNICEF] (1989). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Disponível em https://www.unicef.pt/media/1206/0-convencao_direitos_crianca2004.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE A - Entrevista ao Presidente da ANIP
(Entrevista A)

Bom dia. O meu nome é Marta Miguel. Sou aluna da Escola Superior de Educação de Castelo Branco e estou a realizar esta entrevista no âmbito da minha dissertação de mestrado na área da Educação Especial cuja temática incide na Intervenção Precoce. Antes de iniciar a entrevista gostaria de agradecer por me receber e dar oportunidade de realizar esta entrevista. Este trabalho tem como objetivo compreender a realidade Intervenção Precoce em Portugal e Espanha, mais concretamente analisar, numa perspetiva comparativa, a IP nos dois países na busca de pontos de intersecção reveladores de mais uma possível semelhança entre duas sociedades tão interligadas geográfica, afetiva e culturalmente. Como se pode ler no consentimento informado que leu e assinou todos os dados recolhidos serão tratados de forma a garantir a confidencialidade e o anonimato sendo estes recolhidos unicamente para o efeito anteriormente descrito.

Queria começar por lhe perguntar se existe alguma questão que queira colocar antes de iniciar a entrevista?

Bom... Isso penso que isso irá surgir na entrevista, mas porque é se chegou aqui. Porque é que a gente começou na Intervenção Precoce. Não foi um projeto, não foi um projeto algo fácil, porque nós começámos verdadeiramente pelas crianças mais velhas não é. Principalmente eu fiz a minha formação, em Portugal, em neurologia e depois fui para Londres fazer a minha especialização em neurologia pediátrica e quando cheguei, na verdade, as crianças que me apareciam eram crianças mais velhas, com patologia. Como era novo na área, era o primeiro neuropediatra português, fomos simultaneamente três: duas colegas minhas e eu que viemos para cá na mesma altura. Chegámos a Portugal, os três primeiros neuropediatras: um em Lisboa, outro no Porto e eu em Coimbra e começámos, na verdade, a ver crianças com problemas. E como eramos algo de novo as pessoas quando tinham miúdos com qualquer problema vinham-nos trazer com a hipótese de haver qualquer resposta ou qualquer. E tá claro que, nessa altura, começámos a pensar que aquelas crianças precisavam de ter uns apoios fora da família e começou-se num projeto de abrir instituições para receber as crianças. Foi a altura das CERCI's, na verdade disso, e a APPCDM já existia e divulgámos pelo centro do país e outras partes. Criámos, juntamente com os pais, e consegue-se muitas CERCI's onde as crianças iam durante o dia para um apoio a nível de funcionalidade, de bem-estar, porque muitos deles têm patologias muito pesadas. Isto foi pós 25 de abril, que era uma altura de criatividade enorme. Criou-se o Centro de Desenvolvimento da Criança do Hospital Pediátrico, criou-se o Centro de Paralisia Cerebral cá de Coimbra também pela especialidade, e depois, na verdade, por influência do Ministério da Educação, nessa altura estava no Ensino Especial, uma pessoa memorável que era, Ana Maria Bénard da Costa, que ainda hoje está viva e saudável, e Rosinha Madeira aqui de Águeda e de Aveiro. E começou-se a pensar que as crianças todas elas tinham o direito de ser iguais e deviam estar nas escolas e foi quando se começou a integração não é. E passámos, na verdade, a levar as crianças com qualquer patologia para as escolas, achámos que era

o ambiente mais correto, em que elas deviam ter uma capacidade de aprendizagem e de integração social juntamente com aquelas que não tinham qualquer problemas. Foi um movimento enorme de integração e com muito sucesso, as professoras e os professores nas escolas recebiam muito bem as crianças e chegando ao ponto de a gente achar que não havia senso haver instituições quando as crianças deviam estar. Isso coincidiu também, tá claro que isto foi tudo uma filosofia, que está a evoluir a nível da Europa e no mundo, a da integração das crianças, e fomos para a integração das crianças e com muito apoio, nessa altura, do Ensino Especial que a Ana Maria Bénard da Costa desenvolveu e que as pessoas começaram a ter uma formação em áreas especializadas: paralisia cerebral, deficiência mental, défice visual e auditivos portanto esses. E foi assim um movimento muito grande e que nós, sempre em conjunto, e através do Centro de Desenvolvimento, fizemos um trabalho muito grande. Bastante mais tarde e coincidiu eu ir de férias no Algarve, eu estar com, porque Coimbra tinha uma situação privilegiada: é uma cidade razoavelmente pequena em que as pessoas se conhecem e havia uma coincidência tinha estado na Segurança Social o Pires de Lima e a Dr.^a Mota Pinto na Educação, na Direção Geral de Educação, e encontrámo-nos no Algarve e um dia o Pires de Lima convidou-me, lá no hotel onde eles estavam, e disse porque é que a gente não faz qualquer coisa diferente e não começa a apoiar as crianças mais pequenas e faz qualquer coisa? Achou bem porque nós já tínhamos, em certa maneira, esse contacto, quem começa em Portugal com a Intervenção Precoce. Começa, não há assim ninguém que começa porque [Impercetível] mas o principal era Bairrão Ruivo, do COOMP, em Lisboa, que vai na verdade, como sabes, com apoio e vai desenvolver a Intervenção Precoce. E nós estávamos no Projeto do Bairrão, íamos com frequência a Lisboa e sabíamos disso. Então pensámos porque é que a gente não vai para Coimbra e faz qualquer coisa. E foi isso de certa maneira o pontapé de saída. Chegámos a Coimbra reunimos com algumas pessoas, alguns ainda vivos e saudáveis, e o grupo que se reuniu começou a desenhar o modelo de Coimbra da Intervenção Precoce que tinha uma coisa muito interessante que era um modelo em que havia uma interação, que nunca tinha existido, entre a Saúde, a Educação, Segurança Social, na verdade isso, e as instituições, claro. E fizémos um projeto e a ideia era, porque isso começámos a entrar em contacto com a literatura, principalmente a americana, porque os americanos nisso, fomos até aos Estados Unidos, tivemos com o Professor Rune Simeonsson e começámos esse tal projeto de Intervenção Precoce que a ideia era totalmente diferente. Ao contrário dos modelos anteriores, que era um modelo médico em que dependia do tratamento da criança, este é um modelo na verdade, em que a gente vai apoiar as crianças, mas nas famílias. Isto é a base da filosofia é centrado na família e dando poder à família, isto é a família que decide e a nossa coisa é transmitirmos os nossos conhecimentos de maneira a que os pais, mas nós é, sempre no apoio à família. É a família que decide, é a família que sabe o que é melhor para os seus filhos e o nosso papel é, junto à família, fazer esse tipo de apoio. Portanto, é o chamado empowerment, que é dar o poder às famílias, e centrada nas famílias e as equipas passam a ser de aquele modelo que o médico é que diz e as pessoas fazem, quer dizer,

para o modelo transdisciplinar: á volta daquela criança há um grupo de pessoas envolvidas na Saúde, na Psicologia, Educação Pré-Escolar, as várias terapeutas necessárias para que aquela criança possa responder. E há uma pessoa da equipe que é aquele que vai diretamente à família, que não entrar quatro ou cinco pessoas em casa e destabilizar. Há uma pessoa que é aquela que, da equipe vai ser o encarregue daquele caso. Há um programa feito, que é o PIIP, que deves conhecer, e esse programa é discutido com a família e é assim que deve se fazer, e com conhecimento a família vai apoiar e se a criança está no jardim escola também nós transmitimos á educadora o posicionamento da criança, as etapas de desenvolvimento, os materiais, portanto tudo aquilo que facilita o desenvolvimento da criança e a criança começa a ser integrada no jardim escola com esse tipo de apoio. Portanto isto foi qualquer coisa de novo, que verdadeiramente não existia na Europa não é, e o modelo lá está, são equipes que se espalham por todo o distrito de Coimbra, são variadíssimas, há uma supervisão central e os casos são discutidos e a intervenção é feita, e depois a proposta é feita á família e desenha-se o tal o modelo de intervenção que é hoje uma espécie de fato feito á medida daquela criança e daquela família respeitando a cultura, os hábitos, os tempos livres, não sobrecarrega a família nem nada disso e criando assim um suporte bastante bom para a família. E tá claro que isso foi extremamente importante levámos anos, na verdade para esse modelo, a funcionar bem com muita formação técnica das pessoas, como tu estás a tentar adquirir, porque a Intervenção Precoce não é um saber intuitivo, é um saber científico e tu tens que ter conhecimento para poder. O conhecimento inclusivamente como é que tu interages nas famílias, a maneira como te apresentas. Eu lembro-me perfeitamente que nós chegávamos com isso a filmar as pessoas, pedíamos autorização à família, filmávamos para depois nós podermos analisar o que estava bem. E lembro-me perfeitamente de uma vez ver uma das nossas técnicas que entra num casebre, numa casa daquelas que é uma visão quase única, e a senhora estava vestida parecia uma princesa, com uma saia e com uns sapatos altos e eu disse quer dizer isto não pode ser. Quando entras aqui pareces um ET, na verdade tu vais de t-shirt, com umas calças de coisa, sapatilhas quer dizer o mais parecido para integrar, porque tudo aqui tem de ser pensado a maneira como tu abordas, a maneira como. E a família aceita o nosso apoio ou não aceita o nosso apoio, está no direito de recusar e dizer não preciso. Ok e a gente fica sempre na retaguarda. E tentámos nessa altura mobilizar a Saúde, principalmente porque era a Saúde que via primeiro as crianças, para sempre que uma criança tem qualquer tipo de problema, mas não é só o problema, a família que acha que, a própria pobreza é um risco enorme de desenvolvimento como sabes, e isso faria com que agente atuasse. E também mobilizar a comunidade local, porque a gente está localmente, até para melhorar as condições de habitação, de limpeza, o emprego, os apoios, a integração daquela criança no jardim escola, a isenção de pagamentos, os subsídios. Portanto arranjámos maneira que a família se sentisse apoiada e tentássemos melhorar porque já o programa americano [imperceptível] nesta área foi o primeiro, que era o Head-Start, nos Estados Unidos tinha chegado à conclusão, foi um programa muito ambicioso que começou a pegar em crianças de meios desfavorecidos e a trazê-los

para instituições, para jardins-escolas e apoiar. Os americanos fazem coisas sempre muito bem, analisaram o sucesso disso e viram que o resultado tinha sido muito pequeno e, tinham, viram, e passaram a dizer que sem tu intervires na família não vais ter sucesso. Porque aquelas horas que ela estava a receber estimulação, entra depois no habitat em que as coisas não existem e que os pais, na verdade, estão a leste do que se passa e isso não resulta. Portanto ou tu intervéns juntamente da família: os irmãos, os pais, os avós ou aquela família que vive mais perto e isso tem sucesso a longo prazo. E os americanos contabilizam isso em dólares [impercetível] e aquela Intervenção Precoce [impercetível] em dólares vale 10 dólares [impercetível]. De maneira que isso fez que nós já com esse tipo de conhecimento planeássemos uma intervenção mais correta e envolvêssemos todos os magistérios. Mais tarde houve, não foi um Decreto-Lei ainda, mas foi, o Estado passou a reconhecer que ia ser importante e fez uma política. Eu tenho isso aí, eu tomei aqui uns apontamentos por causa disso. Foi em, o Despacho, um Despacho Conjunto em 99, a gente já tinha começado bastante antes, um Despacho Conjunto dos três ministérios que foi complicado mas estávamos bem inseridos na coisa porque tínhamos a Dr.^a Mota Pinto, que o marido tinha sido, foi Primeiro Ministro, e portanto era uma pessoa com muita influência, o que foi da Segurança Social foi para Secretário de Estado da Leonor Beleza na Saúde, portanto estávamos bem posicionados e coisa e foi feita esta coisa e pagou, e pago porque antigamente era Segurança Social de Coimbra Distrital, e, na verdade, isso estendeu-se ao país não é. E, portanto, muitas pessoas começaram a ficar interessadas. No Alentejo ainda hoje são o topo da gama e o país começou-se a desenvolver com mais ou menos copiando aquele nosso modelo e essas coisas, com muito intercâmbio em todas as áreas. E depois isso continuou e veio a criar o Decreto-Lei não é, do SNIPI, e que, na realidade então, é um direito que os portugueses têm, passou a ser na verdade um direito, toda a gente, como a vacinação, como a saúde, é um direito à disposição das pessoas em que as pessoas têm direito a ter Intervenção Precoce na verdade. Na Intervenção Precoce, a Saúde referencia as crianças ou as educadoras de infância porque a gente vai apoiar até aos 6 anos e a Saúde já está mais atenta, faz parte, as equipas da Saúde estão dentro das equipas da Intervenção Precoce, fazem parte da Intervenção Precoce, os Centros de Saúde e coisa, portanto, referenciam e nós temos obrigação. Agora está mais difícil de responder no mês após a, e, portanto, não se pode. Nós tínhamos posto o prazo de um mês para a gente dar o prazo de resposta e apoiar a criança porque não se pode perder tempo. De maneira que isto foi crescendo. Entretanto através, principalmente, do Zé Boavida, que foi sempre uma pessoa muito dentro desta área e ainda hoje é nacional, é o representante da Saúde a nível nacional, e internacionalmente é uma pessoa muito conhecida na área da Intervenção Precoce, entretanto isto foi, isto é uma coisa de azeite vai-se espalhando e a Ana Serrano vai para os Estados Unidos, faz o doutoramento na área de Intervenção Precoce. Nós temos muitos contactos com os americanos, vêm cá com uma frequência bastante grande e, portanto, isto vai tornando-se e nasce também, posteriormente, a ANIP. A ANIP, é isso que tu vais falar, é uma associação que vai formar-se, era uma associação que pretendia, na verdade,

juntar as pessoas, que tivessem, qualquer pessoa, [impercetível] um pouco para ter uma metodologia digamos, uma política de Intervenção Precoce. A Intervenção Precoce é, isto mais ou menos isto que a gente defende, aquilo que está um pouco no livro, e nós somos, ficámos um pouco como os cuidadores da qualidade. A gente, um pouco, ver se a Intervenção Precoce, estava na verdade a seguir aquelas metodologias que a gente aplicava, se as pessoas estavam com conhecimento a gente daria também e continuamos a dar formação aos técnicos e juntámos as pessoas com conhecimento. Isto faz com que, entretanto, muitas universidades Lisboa, Porto, Braga, Coimbra estejam na verdade a desenvolver essa área da Intervenção Precoce como uma especialidade de especialização. Aveiro, na verdade, esqueci-me de dizer Aveiro, com a Paula Santos é uma coisa fantástica, uma pessoa fantástica, o seu trabalho nisso e por isso juntámos um grupo de pessoas que começaram nas próprias universidades a defender a Intervenção Precoce como uma formação específica na área da educação de infância, na área da psicologia para que as pessoas possam ter formação mais nessa área e portanto isto de certa maneira o que se gerou. E depois a gente faz, resolve fazer este Manual de Boas Práticas que felizmente a Gulbenkian, em boa hora, interessou-se pelo projeto e financiou-o. O Im², é na verdade um projeto que além de coisa há um projeto de formação das pessoas na área da Intervenção Precoce com pacotes bem delineados que são dados às pessoas e que colocamos no nosso site para as pessoas poderem consultar ou além do livro que se vende. Curiosamente, agora ponto final, a cereja sobre o bolo, a EURLY AID, que é a Associação Europeia de Intervenção Precoce, que é um Departamento da União Europeia, interessou-se pelo livro e traduziu o livro para inglês porque considerou que era o melhor que havia. Porque eles têm projetos em vários países da Europa na Intervenção Precoce, por exemplo nos Países de Leste, aqueles que estão mais coisa, e na verdade traduziu-o para inglês e agora vai ser traduzido para polaco, para ucraniano, para uma série de línguas o livro, porque acha que é um livro que está bem construído e para quem começa a Intervenção Precoce dá-te uma base na metodologia, de tal como eu disse, centrada na família, dar capacidade aos pais e nós utilizarmos o modelo transdisciplinar. Portanto foi um projeto, na verdade, interessantíssimo, que nasceu assim no fim, já no fim da minha carreira porque eu comecei pelas crianças mais velhas e depois venho aos pequenitos e está claro que foi uma coisa que me deu prazer e é a única coisa. Eu já me reformei do Hospital Pediátrico aos 70 anos como é necessário, estive até ao último dia porque ainda acho que estava com capacidades para trabalhar e a Intervenção Precoce foi a terapia cerebral. Foi uma coisa muito importante na minha vida e a Intervenção Precoce é onde eu estou ligado como Presidente da ANIP. Mas quem, na verdade, é referência da ANIP hoje em dia é a Leonor, a Dr.^a Leonor, que se quiseres depois algum conhecimento super, é ela que coisa, eu sou presidente, mas agora mais decorativo para ser preciso, apesar de sentir bastante isso. Mas isto está a funcionar bem, na verdade, apesar de haver sempre, é sempre, a gente acha sempre que é uma obra sempre imperfeita não é, nunca finalizada, por isso há sempre muito mais para fazer e para conhecimento. Mas dá-nos prazer que a gente tenha feito este percurso, tenha feito, tenha sido um percurso com

muito trabalho, mas de certa maneira com reconhecimento. Primeiro do Estado Português que achou que aquilo era um serviço útil para instituir com um Decreto-Lei, diferenciar isso para todo o país, toda a gente tem direito a essa Intervenção Precoce. E agora o reconhecimento a nível internacional que se leres o livro os comentários dos estrangeiros são extraordinariamente positivos. A Marilyn, que é assim a nossa mentora americana, que vem cá todos os anos, acha que isto é um projeto excelente num contexto internacional, que eu também tenho ali dito, é, classificado, talvez o melhor projeto europeu a nível de Intervenção Precoce porque atinge e junta todos os ministérios interessados e dá este modelo. Porque ainda existem muitos países, na verdade, por exemplo os Países de Leste que as crianças são tiradas das famílias, e coisas parecidas, e não são estimuladas sem o conhecimento dos pais. E mesmo em contextos internacionais as pessoas quando deparam com este, os próprios pais reagem e dizem porque é que isto só acontece no nosso país, isto não é possível. E os próprios países estão a ser um pouco sensíveis a isso apesar de ainda haver um grande percurso a fazer. Mas com a ajuda da União Europeia e agora os nossos técnicos, a Leonor e os outros vão agora participar em projetos nos países de Leste Europeu, Ucrânia. Este é um projeto que eu não conheço, mas se quiseres depois falar com a Leonor talvez fosse um complemento e ela estaria à disposição de certeza absoluta.

Agora que foi falando um bocadinho do historial da instituição gostava que falasse um pouco sobre si. Seria importante conhecer então o seu percurso académico e profissional. Poderia referir alguns marcos mais significativos desse seu percurso?

Eu sempre fui um individuo com muita sorte. Não fui um grande estudante. Costumo dizer que perdi três a quatro anos. Não sei, eu quando digo quatro a minha família diz que deve ser três senão eu não me tinha formado naquela altura, portanto três a quatro anos. Portanto fui um estudante com algumas dificuldades porque tinha, tenho um dislexia e tinha um défice de atenção o que. É aqui quando eu vejo alguns dos meus clientes com essas coisas eu digo eu também tenho e cheguei aqui. Acabei o curso e tive muita sorte porque fui convidado para assistente para neurologia. Era um homem fora de série que era o professor Nunes Vicente e depois nessa altura começou-se a falar da neuropediatria. A gente via crianças, mas eram os neurologistas [impercetível]. A neuropediatria começou a aparecer principalmente na Inglaterra como especialidade dentro da pediatria e eu era neurologista não era pediatra, mas o Nunes Vicente, o Professor Nunes Vicente, disse isto está a começar não gostavas de fazer? E eu disse, fui para Inglaterra para fazer doutoramento. Nessa altura a gente ia para Inglaterra para fazer doutoramento mas quando cheguei lá disse não, eu vou fazer doutoramento, eu vou aprender a fazer destas coisas, eu vou aprender a neurologia pediátrica e eu vou fazer e fui aceite pelo John Wilson no Great Ormond Street, que é um hospital topo da gama, na pediatria, e ele fazia neuropediatria. Tive lá dois anos e tal. Depois chegaram a Karin e a Cândida e fomos todos diferenciados pela Calouste Gulbenkian. Eu fui para lá, a minha mulher foi comigo, as minhas filhas

também que já tínhamos duas e a outra nasceu, coitada, na Inglaterra. Portanto foi fácil, vivemos muito bem em Inglaterra, a bolsa era francamente boa e fiz lá esses anos. E depois chego a Portugal depois do 25 de abril. Era um época fantástica. A gente parecia que tinha o rei na barriga, era capaz de fazer de tudo e eu como tinha estado enfim, cheguei cá a fazer neurologia pediátrica. Mas as doenças neuropediatricas é um grupo pequeno: as doenças metabólicas, as doenças degenerativas, pequeno. O que existe é a patologia do desenvolvimento: os atrasos mentais, os atrasos da fala, as paralisias cerebrais, os deficientes visuais, e eu disse eu tenho que ir fazer outra coisa quer dizer. Tenho que arranjar uma equipe e a ideia de criar um Centro de Desenvolvimento, que havia em Inglaterra, no Instituto de Chardel e eu tinha estado lá. De maneira que fiz a proposta, fui muito bem apadrinhado por um colega meu que já morreu aqui da direção de saúde de coisa. Fomos a Lisboa, quem nos respondeu que era diretor geral, era um contra-almirante do 25 de abril, que nem sabia nada de saúde nem de desenvolvimento, mas dizia uma coisa muito bem você é que sabe, você. E criámos o Centro de Desenvolvimento com orçamento próprio, em que a gente tinha um orçamento durante x anos. Deram-nos uns milhares, naquela altura, de contos para a gente contratar pessoas e eu escolhi as pessoas. Portanto não era preciso abrir concursos, era escolher. Eu escolhi um grupo de pessoas, instalámo-nos no Hospital Pediátrico, fomos ganhando espaço no Hospital Pediátrico, cada vez mais espaço no Hospital Pediátrico. O Hospital Pediátrico foi percebendo que aquilo era importante, que era uma valência muito bem apadrinhada e depois criámos um Centro de Desenvolvimento fora e agora dentro do Hospital Pediátrico numa área enorme. Portanto eu já não fui para o novo Hospital Pediátrico, para o Centro de Desenvolvimento, mas é uma alegria espantosa e simpaticamente deram o meu nome ao Centro de Desenvolvimento. E, portanto, entretanto, eu era pós 25 de abril, cria-se o Centro de Paralisia Cerebral. Eu quando chego a Lisboa havia só um centro em Portugal, que era em Lisboa, que era da Calouste Gulbenkian e a diretora era a Graça Andrade, que é ainda é viva e uma pessoa fora de série, encontrou-me lá numa reunião na Gulbenkian e disse porque é que não vás para Coimbra e não fundas lá um Centro de Paralisia Cerebral. E com pais e com outros técnicos foi fácil fazer isso porque tive pais muito dinâmicos. Um deles já faleceu, que era o José Barros, mas que era um pai que tinha um filho com paralisia cerebral que estava em Lisboa e que o trouxe para cá e fundou-se um centro na Eça de Queirós primeiro e depois construiu-se aquela coisa enorme que está lá em baixo ao pé do Continente. E com imensos técnicos aquilo teve imenso sucesso. E, entretanto, então foi aquela época em que eu andava pelo Centro do país e fundou-se em Alcobaça, em Leiria, em Pombal, em Coimbra, e também a CERCI em, na Guarda. E chegávamos ao ponto de na Guarda, isto é só um pormenor depois cortas estas coisas que não são necessárias, a gente localizou uma casa que estava devoluta dentro da área do Hospital da Guarda e a gente disse às mães, com miúdos que eu conhecia porque eram meus clientes, para irem ocupar a casa. E elas foram ocupar a casa e depois diziam ao Sr. Dr. a polícia vem cá para nos pôr na rua. Não saem ficam aí. E ficaram aí e aquilo ficou lá porque ninguém foi capaz de os pôr na rua. Portanto em Pombal. Eu ia a

Aveiro, portanto a gente percorria o país não é, na verdade a gente chegava observava as crianças. Lousã, que é excelente a APC, a gente chegava por exemplo a Alcobaça e lá no Hospital davam-nos um gabinete e os pais entravam com as crianças e a gente dizia sim senhor isto beneficia. Contratava-se pessoas, naquela altura as pessoas não sabiam nada daquilo, mas pronto foram adquirindo com a prática. Há sempre algumas pessoas com capacidade para gerir aquilo e, portanto, estendemos pelo país as CERCI's não é, e o Centro de Paralisia Cerebral cá de Coimbra e depois passamos na verdade á integração. A integração levou também a fazermos seminários espantosos com centenas e centenas de pessoas. Fazia impressão, ouvia-os a falar sobre desenvolvimento e integração com outros técnicos, com outras pessoas e aquilo começou-se a introduzir as crianças na escola. O Hospital Pediátrico tinha o Centro de Desenvolvimento que continua a crescer como é uma unidade enorme e apoiava, na verdade, e formava os técnicos, a gente tinha as portas abertas, toda a gente que quisesse lá estagiar e coisa parecida. Vinham da educação, da psicologia, imensos da reabilitação e, portanto, foi, de certa maneira de ser, foi, foi fácil. Na verdade, não houve assim nenhuma barreiras, a gente fazia as coisas e arranjava sempre pessoas. Nunca trabalhei sozinho, estive sempre em conjunto com muita gente, sempre gente com boa vontade, gente que queria vir trabalhar. Portanto, como foi fácil também a ideia da Intervenção Precoce.

Então há quanto tempo trabalha diretamente na Intervenção Precoce?

Bom, a Intervenção Precoce foi a última coisa que, foi talvez há vinte e cinco anos. Eu comecei cá em 75 não é. Portanto, 25 mais 19, mais 20. Há 45 anos, mais ou menos, que comecei e a Intervenção Precoce foi a última coisa que apareceu porque foi uma resposta. A gente dizia ah ok dizia devia-se ter começado pelo princípio. Não, começou-se no fim a intervir precocemente. Foi engraçado porque a gente respondia às crianças que nos apareciam e as crianças apareciam mais tarde quando vinham cá. E depois é que a gente disse o melhor é começar a intervir mais o cedo possível. E isso foi, na verdade uma ideia. A Intervenção Precoce nem sequer fui eu que tive assim a ideia não fui. Foi inclusivamente a pessoa da Segurança Social, o Pires de Lima, que no Algarve, enfim ali á beira da piscina, começámos a falar e chegámos a coiso, boa ideia. E as ideias surgiam e a gente conseguia pô-las em prática com uma facilidade que, hoje em dia, estas burocracias, estas coisas, é tudo tão complicado. Não havia nada, a gente ia diretamente ao Ministério da Saúde, a gente ia à Direção do Hospital falava com as pessoas diretamente, com a Educação, na verdade, com o Mota Pinto, as reuniões informais. Às vezes estávamos com alta voz lá na coisa, os comunicadores, ela estava lá e a gente estava lá a falar uns com os outros, como é que havemos de fazer, as pessoas, o destacamento das pessoas, das educadoras que estavam nos coisos e que não, eram destacadas por x horas para a Intervenção Precoce, não eram coisa, os psicólogos vinham das instituições também x horas, as próprias instituições cediam aquelas horas. Aquilo fez-se tudo com uma facilidade. Hoje acho espantoso, todas estas coisas que se criou sem, sem. Com diálogo faz-se e com interesse comum

criam-se boas condições para toda a gente pá. Foi, na verdade, um período de criatividade enorme.

Então desde sempre fez parte da ANIP?

Sim. A ANIP eu estive sempre, mas não fui sempre o Presidente. O Presidente eu fui tardiamente. Mas a criação da ANIP, estou na criação da ANIP. Principalmente a ANIP é uma ideia do Zé Boavida, que é um indivíduo cheio de ideias e das coisas associativas, na verdade, foi quem criou e fez isso porque não me estava na ideia, mas quando ele disse vamos fazer isso eu achei que era muito bom. E é bom, sabes que quando a gente está, porque eu estive a possibilidade de estar na Direção do Centro de Desenvolvimento foi sempre assim uma, e porque isso na verdade, porque esse fomos nós que começámos com a ideia e resolvemos. E depois dar às pessoas, na verdade, a possibilidade de eles criarem não é. Tens essa coisa de. Não era preciso ser eu, não. Alguém que tivesse uma boa ideia e eu. Os doutoramentos que a gente fez lá no Centro de Desenvolvimento em autismo, a consulta de autismo que foi a Dr.^a Guiomar que quis criar e licenciou e porque não, acho muito bem e fez o doutoramento e porque não? Havia sempre a vantagem de tu teres uma ideia e dizeres segue em frente. Porque os saberes, eu não posso saber tudo, nem posso estar presente em tudo e o delegar que é uma coisa fundamental quando uma pessoa está na [impercetível] e as pessoas serem capazes de tomarem conta, e o hospital Pediátrico, o Centro de Desenvolvimento atingiu uma qualidade enorme porque várias pessoas foram para a área das musculares, outra para a da espinha bífida, outras para a paralisia cerebral, outra para o autismo, outras para a hiperatividade e défice de atenção. Portanto as dificuldades de aprendizagem. Havia sempre pessoas que assumiam aquilo e que se tornavam experts naquela área.

Esteve envolvido na elaboração deste manual?

Não. Eu, lá está era uma coisa que, eu sei o que é a Intervenção Precoce, mas não sou um técnico de Intervenção Precoce. Eu nunca fiz Intervenção Precoce por isso não havia razão escrever quando isso é um saber de experiência feita não é. Todas as pessoas que falam aí têm imensa experiência no que é a Intervenção Precoce. Eu limitei-me a fazer, como podes ler, a apresentação por assim dizer. **O prefácio.** Exato o prefácio. Convidaram-me para fazer o prefácio, tive muito gosto em fazer, na verdade, isso, mas o resto não, não. Achei que é uma obra, tenho-a lido. Ainda agora por causa disto tive outra vez a ver. Sabes é uma coisa bem feita com muitos casos práticos, muitas experiências e todas as pessoas que estão aí eram técnicos com experiência no terreno. Ninguém faz nada disso. Tem a parte do Boavida que é uma coisa sobre o que é a Intervenção Precoce, o que é que se passa no cérebro porque é uma coisa mais científica a outra é toda a gente, que na verdade, tinha prática, muita prática que escreveu isso e bem. A coordenação verdadeiramente tocou mais à Leonor, mas na verdade o livro foi uma colaboração dos especialistas. Eu não, nem uma linha.

Já nos começou por falar á pouco sobre a ANIP. Queria só nos referisse como, quando e porquê surgiu esta entidade. Ela surgiu como?

A data foi exatamente porque a Intervenção Precoce tinha-se expandido pelo país, na verdade, e a gente sentia que havia de alguma necessidade de haver alguma instituição que zelasse pela qualidade, não é, da Intervenção Precoce. E essa instituição devia ter, na verdade, várias coisas, mas devia ter uma capacidade também técnica para poder dar pareceres, para isto é, um consultor se o Governo quisesse alguma coisa tinha um interlocutor direto em vez de ter milhares de interlocutores. A ANIP é uma associação que sabe do assunto, que se especializou, na verdade, em Intervenção Precoce e que zela. Este Decreto-Lei feito, se tu leres, o Decreto-Lei, é muito o modelo de Coimbra. Não é tão bom como a gente tinha, tem muito mais burocracia, e também há umas coisas que a gente acha que não estão tão boas como a gente dizia, mas foi o que foi possível negociar com o Governo e mesmo assim fez-se, na verdade, isso. E a ANIP tem, na verdade, este valor. Por exemplo a Gulbenkian o interlocutor para a Intervenção Precoce é a ANIP e nós temos feito. E temos tido parcerias com gabinetes das pessoas, onde diz aí também, um deles é os Pais em Rede que foi uma ideia interessantíssima também de uma das nossas colaboradoras, a Pimentel, a Dr.^a Pimentel que deu a ideia dos pais se apoiarem uns aos outros. Um pai tem um problema, este tem o mesmo problema, eu já tenho experiência, se queres falar comigo, e os pais reuniam-se, faziam sempre assim. Eu até, primeiramente, pensei como aquilo era uma coisa organizada por uma técnica, fosse mais uma coisas dos técnicos e coisa. Ainda hoje a minha amiga me atira sempre que eu, á partida não, eu disse, porque eu achava que os técnicos iam controlar as coisas, mas não. A ideia dela não, e funciona assim. É na verdade os pais, os pais é que gerem aquilo e que é, na verdade, um dos nossos parceiros e acho que têm feito uma obra fundamental, na verdade, e também colaboram no livro. Portanto nós estamos abertos a todo o tipo de ajudas e colaborações estrangeiras. E a ANIP é de certa maneira uma referência nacional. Qualquer pessoa pode ser sócio, tem uma Direção, na verdade, nós reunimos uma vez por mês para decidir as coisas. A ANIP ainda por cima está encarregue e, de certa maneira, da Intervenção Precoce aqui e em Aveiro. Na verdade, são aquelas as nossas meninas bonitas que a gente controla assim mais e acompanha a par e passo e, portanto, respondemos perante a Segurança Social. De maneira que tem corrido bem. A ANIP como é ANIP, a certa altura, havia um jardim escola que está no Instituto Maternal, que era dos Hospitais dos Covões, a partir de certa altura os hospitais não podem ter jardins escolas e eles convidaram-nos para se a gente queria gerir. Temos neste momento o jardim escola também. E temos a Sereia em frente, o Parque da Sereia, que também temos um projeto, lá na Sereia, de contacto com a natureza durante o Verão e o Inverno. Durante o mau tempo há roupa e coisas do género, roupa apropriada, e que os miúdos na verdade estão expostos a isso, é um projeto interessantíssimo. E também com o laboratório experimental aqui de física. E o jardim escola aquele. Modéstia á parte é dos melhores jardins escola, temos listas de espera, de Coimbra, estamos cheios, temos listas de espera. E, portanto, a ANIP não é

só a Intervenção Precoce, mas tem o âmbito da infância e de apoiar as valências da infância, principalmente esta da Educação Pré-Escolar.

Essa é então a missão da ANIP?

Alarga-se. Publicar esse livro que foi um sucesso, o jardim escola que é um sucesso, a ocupação da Sereia porque aquilo é um espaço, é o Central Parque de Coimbra, mas estava muito pouco utilizado e a gente iniciou aquilo com as crianças durante todo o ano não é. Houve crianças que acamparam lá e passaram lá vários dias acampados, dormiram lá e os pais escantados com aquela ideia. Portanto tem sido um desafio, mas interessante. Tem sido interessante e também com sucesso. Portanto a ANIP, e principalmente a sua direção, não sou eu, principalmente a Leonor, a Paula, que são mais ou menos as responsáveis por esta parte coisa e, mas é assim uma coisa que me dá prazer em ainda estar ligado porque acho que tem valido a pena. **É um projeto que tem pernas para andar.** Para andar e que se impôs aqui e no estrangeiro.

Então quais acha que são os valores que a ANIP defende?

Bom. O valor é que toda a criança, na verdade, tem direito a uma boa qualidade de vida tenha ela qualquer problema e essa criança que tem absolutamente o direito de estar na família e que seja a sua família a ser responsável por ela e que podendo recorrer a qualquer tipo de apoio mas a família é central na vida de qualquer criança, principalmente nos primeiros anos de vida aqueles que a gente sabe. E, portanto, tudo aquilo que é o nosso saber deve ser para eles. E que isto se espalhasse tudo coisa, que todo o país, toda a Europa e todo o Mundo possa ter a mesma ideia da criança e da família, da importância da família em qualquer problema que a criança tenha. Não há razão para que ela não viva na sua família e possa, na verdade, ter todos os apoios necessários centrados naquela família e dando o maior capacidade aos pais para cuidar dos filhos.

Quais as áreas de atuação da ANIP?

Em todas as áreas. Apesar dela se ter dedicado a qualquer tipo de patologia, mas tendo criado um grupo de apoio. Só tenho pena não se ter estendido mais aos invisuais. Temos um grupo especializado na área de invisuais, já criou até livros infantis para crianças invisuais, foi também uma fundação que a publicou, uma coisa muito interessante. E temos, na verdade, técnicos que apoiam especificamente naquela área. Temos a pena de não ter para os surdos na verdade isso. Damos apoio às crianças autistas também, temos as pessoas que sabem bastante dessa área. Mas como grupo específico é, além de todas as crianças com todas as patologias, temos um grupo especializado, na verdade, em défices visuais e qualquer criança com défice visual, é apoiada, na zona Centro, é apoiada desde que nasce. É assim uma área mais específica dentro da.

Além desta atuação diretamente com as crianças e com as famílias, sei que também têm um centro de formação para profissionais.

Exatamente. Damos formação aos profissionais na área. Portanto um dos papéis da ANIP foi o zelar e dar a qualidade. Fazemos formação periodicamente e agora tivemos um período, financiado pela Gulbenkian, em que, quando publicamos o livro fizemos um período em que em dar formação, mas continuámos sempre a dar formação em todas as áreas da Intervenção Precoce periodicamente. Temos, na ANIP há um centro de formação com técnicos mais especializados, aquela gente com mais experiência, mais anos e que dão formação e a qual está incluída também a Leonor.

Sabemos também que existe algumas relações de parceria com entidades nacionais. Quais os parceiros nacionais com as quais têm vindo a realizar projetos?

Como outros, cada vez há mais pessoas. Os mais envolvidos precocemente, aqueles que coisa, são as faculdades, as universidades. Depois temos, na verdade, com os pais em rede. Depois temos, na verdade, temos, agora vamos a, parceria com os psicólogos, com a Sociedade de Psicologia também para haver uma interrelação entre a Intervenção Precoce e a Psicologia. Ainda há pouco tempo foi com um grupo de idosos e reformados que tinham um projeto e fizemos uma parceria. Temos também, há um centro, esqueço-me sempre do nome, de ciência para crianças cá em Coimbra que é da Faculdade de Física que tinha, na verdade, um observatório, é ali na Sereia e que com nós também fizemos uma parceria com eles para começar a pôr a ciência ao alcance das crianças desde muito cedo. De maneira que, tá claro, isso é uma coisa que se pudesses falar com a Leonor. Temos imensas parcerias, cada vez mais, estamos abertos sempre a colaborar, na verdade, porque há um enriquecimento das pessoas. Todas as parcerias, faz com que as coisas sejam unilateral, a gente dá o nosso saber, o nosso apoio mas recebe sempre mas valias das pessoas não é.

Relativamente aos parceiros internacionais. Fale-nos um pouco acerca deles e como é que colaboram.

Um deles como disse é a EURLY AID. A EURLY AID é, na verdade, coiso europeu da Intervenção Precoce e pertence à União Europeia não é. É uma instituição da União Europeia e tem parceria agora mais relacionada com a tradução do livro e com o apoio na formação. Mas temos tido, eu não diria parceria, mas colaboração de todo uma série de técnicos americanos que vêm cá com frequência. Sempre que há um congresso, agora de dois em dois anos, temos esses técnicos americanos, temos à cabeça a Marilyn Espe-Sherwindt, que vais vera referência aí dela, que é assim a nossa mentora, a nossa mãezinha americana. E com os espanhóis temos feito cada vez mais, na verdade, porque a Intervenção Precoce deles não era bem um modelo e eles, está claro, que têm refletido e têm-se aproximado bem do nosso modelo. Porque não há dúvida, é difícil imaginar um melhor teoricamente, pode ser na prática que eles consigam mais, na verdade, porque, a nossa, o nosso número de técnicos para o número de crianças que a gente apoia é inferior. A gente tem, por exemplo, uma

parceria com, para cento e tal crianças e apoia seiscentas não é. A certa altura não consegues responder. Mas tu vais dizer que não. A certa altura falha-nos a nossa filosofia que é responder. Mas tá claro que não temos suporte económico para poder ter as equipas que a gente precisava para dar esse suporte porque a Segurança Social não é fácil lidar. Essas são as nossas restrições. Agora com a tradução para inglês e a disseminação, eu penso que mais gente vai ter conhecimento disso. **E a Intervenção pode desenvolver-se mais quer em Portugal quer na Europa.** Na Europa, exato e até no Mundo porque há agora em Angola, e isso a gente está sempre muito sensível, eu até fui convidado, mas não vou. Em Sá da Bandeira, se não me engano, há um congresso sobre a Intervenção Precoce em que vai a Marilyn, vai a Ana Serrano, vai a Paula Santos não é. A Paula Santos tem estado assim em prática na Universidade de Aveiro, é uma pessoa espetacular, cheia de criatividade e ideias e de conhecimento, tem estado a ir a Angola. Lá em Sá da Bandeira tem uma diretora, a Governadora de Sá da Bandeira é do Ensino Especial, se não me engano, e está muito interessada nisto e a gente vai sempre que há uma oportunidade e sempre que as pessoas estão interessadas, a gente está disponível. E nas nossas antigas colónias há cabeça.

Já nos foi falando um pouco do papel da ANIP na implementação da Intervenção Precoce. Há alguma coisa que queira acrescentar áquilo que já foi dito?

Eu diria que é a gente diria é que a ideia da Intervenção Precoce está disseminada. Agora é a qualidade e por isso é que a ANIP existe para tentar, na verdade, quer seja aquilo que a nossa filosofia preconiza. E de resto, cada vez mais as pessoas têm mais conhecimento, dar estabilidade às pessoas porque leva-se muito tempo a preparar um técnico. E se ele se vai embora por qualquer razão e antigamente era quase todos os anos era renovado, agora é que já está a estabilizar, felizmente. Que as pessoas saibam que a Intervenção Precoce não é algo que tu intuitivamente sabes. É uma ciência que tu precisas de ter conhecimento para fazer. E uma ciência que vais transportar, vais entrar em casa das pessoas que é qualquer coisa de complicado não é a mesma coisa que eu estar no consultório e eles entrarem pela minha porta. Eu ir á casa das pessoas é qualquer coisa totalmente diferente que eu não sei o que é tás a ver.

Fale-nos um pouco sobre os projetos desenvolvidos, ao longo destes anos, pela ANIP, e que considera mais importantes. Como é que, ao longo dos anos, têm divulgado o vosso trabalho?

A ANIP, na verdade, tem uma grande projeção hoje em dia porque ela começou a divulgar a nossa filosofia, que foi, de certa maneira, aquela que o Governo pôs no Decreto-Lei não é. E depois porque todos os congressos, e já são muitos, que, têm sido sobre Intervenção Precoce têm sido organizados pela ANIP. A ANIP de certa maneira tem sido aquela coisa, que tem feito a divulgação, tem feito a formação, como tu sabes criou-se o centro de formação, mas antes disso já se dava formação. Este projeto do livro e da coisa foi um projeto da ANIP. Portanto a ANIP tem feito um trabalho

enorme na divulgação, na implementação, na qualificação dos técnicos e na qualidade da Intervenção Precoce. Portanto dizer o que é, de certa maneira, o farol da Intervenção Precoce em Portugal.

Como é que considera ser a imagem da ANIP aos olhos da sociedade?

Bom. Tá claro que a ANIP e a Intervenção Precoce não têm tido, apesar de vez em quando haver notícias e coisa, não tem tido a divulgação na imprensa e nos média. Mas também como a gente acha que é um saber técnico, acho bem que, qualquer pessoa pode comprar o livro, qualquer pessoa pode ir ao site e o que é isso da Intervenção Precoce. Mas nós nunca tivemos assim uma necessidade grande de andar a fazer a divulgação porque achámos que é um caminho que se faz caminhando e que a gente começou com um grupo pequeno, foi aumentando, foi capacitando as pessoas, foi implementando e que o crescimento tem sido sustentável. Tá claro como disseste, o que a gente precisava era de ter um orçamento melhor, de ter mais capacidade económica não é para a gente poder aumentar os nossos recursos e poder implementar melhor. E tá claro que isso às vezes até, no nosso país há pouco, mas há instituições ou bancos ou coisa parecida. Temos tido algum, de vez em quando não é, há um banco ou outro, e principalmente a Gulbenkian, mais do que uma vez, que com a gente tem mais coisa, nos apoiam nos nossos projetos. Porque a gente, todo este projeto. Eu para ir buscar uma pessoa, para me fazer qualquer coisa tenho de lhe pagar não é. A gente não gosta. Há um grupo, por exemplo a Direção que já estão reformados e coisa assim parecida trabalham gratuito, mas os técnicos, os técnicos aqueles que fazem a ANIP e fazem a Intervenção Precoce têm que ser. São pessoas que ali fazem o seu projeto de vida e economicamente vivem disso e a gente quer que as pessoas tenham formação e exerçam aquela como a sua profissão e isso requeria, na verdade, uma capacidade económica que a gente não tem. E talvez. A promoção, mas nunca foi assim o nosso objetivo. Se nos vierem, se alguém dos média vier, claro a gente está cá, está aberto a uma colaboração. Mas não temos feito daí o nosso objetivo. Não temos contratado isto e aquilo para nos entrevistar, promover.

Está satisfeito com a perceção organizativa da ANIP? Em caso de resposta negativa indique o(s) aspeto(s) que gostaria de modificar ou melhorar.

Eu penso que a ANIP é um projeto ótimo, que tem feito um trabalho e tem. Eu julgo que havia de, a única coisa que a gente tem é para alguns projetos que a gente gostava de desenvolver. Um deles aumentar a formação, um deles, na verdade, fazer divulgar as boas práticas e aumentar o número de pessoas, técnicos nesta área porque precisam de formação. A única coisa que a gente acha que precisava era ter mais dinheiro.

Do ponto de vista político considera que as entidades governamentais têm dado à IP a importância suficiente?

Eu penso que foi uma negociação longa e conseguiu-se. Acho que, na verdade, o Governo foi sensível a isso porque isto implica uns milhões por ano para dar para a

Intervenção Precoce. E tá claro que não é um resultado que tu vês na semana seguinte, que leva tempo a fazer efeito e com apoio às famílias. E acho que o Governo tem sido sensível e tem-nos mantido este financiamento. Que crie condições para tal crescimento, não tem criado, mas também a gente tem estado num país com grandes restrições económicas e ainda não está tão saudável como a gente gostaria. De maneira que a gente compreende que as coisas têm de ser negociadas e que os nossos projetos nem sempre têm o avalo do Governo. Mas lá que teve uma boa compreensão desde aquela altura do Decreto-Lei e a continuidade disso. Todas as pessoas com quem a gente fala estão, na verdade, interessados.

De uma maneira muito sucinta peça-lhe que nos fale um pouco da Intervenção Precoce em Portugal até á publicação do manual publicado pela ANIP. Como era a Intervenção Precoce em Portugal?

Fazia-se na mesma. Era na verdade, a formação dava-se, e os conteúdos que se dava na formação eram já aqueles. O que é tu ou tiravas apontamentos ou a gente dava e tu chegavas a casa ou querias saber mais alguma coisa não tinhas uma base. Este livro facilita qualquer pessoa que queira saber e queira, na verdade, como é que eu intervenho numa família, o que é a finalidade disso, e o substrato científico disso pois tens uma enorme referência de tudo o que é à data do livro na língua inglesa, em outra francesa e espanhola acerca da Intervenção Precoce está lá. Portanto tu tens uma base. Eu estudo sobre dislexia e tenho um livro que me ajuda e tem bibliografia e que aumenta os conhecimentos. Tá claro que sempre que tu entras na área do saber tens de ler muito e tens de ter referências sobre aquilo. E tá claro que isto (aponta para o manual) é essa base. Não é admissível que para qualquer área do saber onde tu vás, seja física, seja astronomia, seja biologia, tens que ter livros feitos por experts reconhecidos, em que tu tenhas confiança naquilo que diz para ter referência. E tá claro que isto veio facilitar a vida das pessoas na área da Intervenção Precoce e a formação e o conhecimento. É uma referência indispensável. E tanto é isso que a gente fez em Portugal e não ficámos a pensar que a EURLYAID, Europa, que tem tudo disponível ia traduzi-lo na verdade para outras línguas.

Essa tradução está a ser feita?

Não. Já foi. Quer dizer já está publicada. Já foi apresentada e tudo. Está muito bonita, está muito bem traduzida e vai ser um livro chave. Isto é um reconhecimento que isto é fundamental unado vais falar sobre Intervenção Precoce. **Isso mesmo. É a bíblia de todos os profissionais.** É um pouco isso.

Fale-nos agora um pouco de quando e como surgiu este manual. Já nos falou á pouco que foi uma ideia...

Sim foi uma ideia. Esta coisa tu davas formação e as pessoas, tu davas várias referências ou coisas parecida que as pessoas nem sempre tinham facilidade de encontrar, na verdade, nem sempre isto estava disponível, etc e tá claro que a gente pensou. A ideia surgiu porque se houver algo em que as pessoas pudessem basear os

seus conhecimentos, na verdade, e reforçar os conhecimentos e voltar lá sempre que eu tivesse uma dúvida, ou precisasse de uma referência para um trabalho que eu fosse fazer ou coisa parecida, que havia alguma coisa escrita. E propusemos isso à Gulbenkian e, felizmente, a Gulbenkian tem muito bom senso e tem gente com uma qualidade enorme e tem a disponibilidade financeira que a gente às vezes que não encontra noutros sítios. Apesar do próprio Ministério da Educação estaria interessado nisso, mas a Gulbenkian teve essa possibilidade. A ideia surge no terreno quando tu andas no terreno e dizes se eu tivesse um livro para poder ter como referência é bom. Se tu tiveres que falar sobre linguagem e tu tiveres um livro que te fale da evolução da linguagem e as bases tu, na verdade, vais sedimentar. Todos nós, os conhecimentos científicos necessitam depois de livros feitos por experts, gente que saiba e que tu tenhas confiança que aquilo que eles dizem está correto.

O livro foi então publicado em 2016. Quanto tempo decorreu até ser publicado?

Olha que não te posso dizer. A Leonor. **Não tem recordação.** Exato. Mas assim foi talvez, o livro foi rápido. Foi uma construção razoavelmente rápida. As pessoas. Porque a Gulbenkian deu-nos um prazo. A gente tinha de ter aquele prazo para o publicar pronto. Não sei se era 18 meses ou coisa parecida. E, portanto, esse período. E depois apresentámos em Lisboa, na Gulbenkian, foi apresentado solenemente o livro numa sessão pública que a gente apresentou o livro e o projeto do livro acompanhava a Im², na verdade, um projeto em que vais dar formação baseado no conhecimento do livro.

Recorde-me por favor quais as entidades e profissionais que participaram na elaboração deste manual?

Tens aí todas as referências no livro (aponta para livro). Eu não te posso dizer todas, mas infelizmente uma delas já morreu subitamente, foi uma pena. Mas era gente toda que trabalhava há anos na coisa, muitos deles vais ver referidos são das faculdades, outros do terreno e de certa maneira, a Leonor é a pessoa com assim, que tentou gerir mais ou menos o projeto. Mas na verdade é, oriundas de várias Évora, Porto, Lisboa, Aveiro. E, portanto, arranjámos todas as pessoas mais capazes não é. Aqui aquilo que aqui diz é que é da responsabilidade delas. Tá claro isso, todos eles são responsáveis pelo livro. O livro é um trabalho de conjunto, mas várias pessoas expressam, na verdade, essa nossa filosofia que era comum a todos eles.

Como e quando foi feita a promoção e divulgação do manual?

Na Gulbenkian, em Lisboa. Não posso precisar a data, mas é capaz de estar aí. Foi numa sessão solene, na Gulbenkian, no anfiteatro, com o presidente desta área da Gulbenkian no meio de tanta gente. E foi com jornalistas, etc. E foi uma sessão muito interessante em que eu estive presente também lá e gostei muito de lá estar. E aquela gente estava muito satisfeita com a obra. **Mais um passo na Intervenção Precoce, não é? Ya.**

Considera que este manual melhorou de alguma forma as práticas de Intervenção Precoce em Portugal?

Isso sem dúvida nenhuma. Sem dúvida nenhuma. O manual dá-te uma, tem uma filosofia de base que é apresentada e dá-te os vários passos que, fundamentais na Intervenção Precoce desde a entrevista dos pais, desde a intervenção, desde a organização de um programa para aquela criança com exemplos práticos e, inclusivamente, apresenta-te a importância da Intervenção no cérebro da criança com os estudos feitos. De maneira que dá-te uma visão global da Intervenção Precoce desde a razão de ser da Intervenção Precoce até, na verdade, os pais, e até uma parte que é da opinião dos pais acerca da intervenção. Portanto, cobre o leque e com aquilo tu fazes ideia do que é intervir precocemente, os vários passos e a reação das pessoas face à Intervenção Precoce.

De uma forma muito breve descreva a realidade portuguesa no que diz respeito à Intervenção Precoce depois da publicação deste manual.

Eu penso que a Intervenção Precoce se está a alargar ao país e sendo de melhor qualidade. Tá claro que a gente não tem, às vezes nos congressos convidamos e ficamos, mas assim ter uma ideia de tudo o que se passa no país. Apesar, como eu disse, se tu quiseres mais isso é a Leonor. Ela tem dado formação no Algarve, Alentejo. O Alentejo é o grupo depois desta zona Centro, de Coimbra e de Aveiro, é a que a gente conhece melhor porque uma das nossas colegas, que a minha colega que está na nossa direção, que há dias esteve cá, é uma pessoa genial cheia de imaginação e de criatividade, e aqui funciona bem. Até com algumas maiores facilidades que a gente cá, porque ela tem uma capacidade de intervir muito grande, tem muito, tem uma imagem muito positiva localmente, é uma pessoa com muitos anos de trabalho naquela zona. Mas de uma maneira geral a Intervenção Precoce tá a realizar-se, tá a fazer muitíssimo às crianças de uma maneira geral, não sei dizer quantas, mas milhares de crianças são apoiadas todos os anos. Na verdade, penso que está, mas está claro que fazeres uma avaliação mais perfeita disso talvez seja melhor a Leonor. Como disse eu tive um pouco na criação e para responder as essas coisas com a verdade, mas quem está no terreno, quem realiza esses, quem toma o pulso mais do que se está a passar é a Leonor porque está mais em contato com as equipas, as de Coimbra. E as outras porque tem dado formação a todo o país.

Quais considera serem os desafios mais complexos para a Intervenção Precoce nos próximos anos?

Ya. É alargar a todo o país que toda a criança, na verdade, que nasce e que tenha qualquer situação ou (imperceptível) possa beneficiar disso. O desafio que se punha ao país é que ele, está em Decreto-Lei agora passe. Como é que se há-de dizer a vacinação, as crianças devem ser vacinadas através do Plano Nacional de Vacinação [imperceptível] E que isto seja, e que os pais sintam aquilo como um direito. Eu tenho um miúdo com qualquer situação, tenho o direito de ter e que se amplie a rede Nacional de Intervenção Precoce para estar disponível para qualquer pai ou qualquer

criança que tenha qualquer situação. Portanto agora é, isto está a funcionar e eu não te sei dizer se o país todo tem a resposta que deve ter já, mas o que agente quer é que isto seja nacional e para todas as pessoas que necessitarem não é.

Existe mais algum aspeto que queira referir relativamente aos objetivos desta entrevista?

Não. É desejar-te boa sorte na tua tese e que isto contribua de alguma maneira para o teu futuro e o teu crescimento e que completes o teu conhecimento talvez com, telefonares à Leonor, dizeres que estiveste comigo e que talvez alguma coisa que quisesses completar. Dados mais concretos acerca da extinção, das datas, que ela era a pessoa mais indicada e com mais pulso sentido de como é que as coisas estão a funcionar, e talvez o que é que ainda falte fazer. Uma coisa que eu sei é que a gente precisava de mais técnicos na Intervenção Precoce e por restrições económicas não temos capacidade de as conseguir dar porque é um contrato que temos para a vida.

Desde já o meu muito obrigada pela sua entrevista.

APÊNDICE B - Entrevista á Diretora de Serviços da ANIP
(Entrevista B)

Bom dia. O meu nome é Marta Miguel. Sou aluna da Escola Superior de Educação de Castelo Branco e estou a realizar esta entrevista no âmbito da minha dissertação de mestrado na área da educação especial cuja temática incide na Intervenção Precoce. Antes de iniciar a entrevista gostaria de agradecer por me receber e dar oportunidade de realizar esta entrevista. Este trabalho tem como objetivo compreender a realidade Intervenção Precoce em Portugal e Espanha, mais concretamente analisar os discursos de duas publicações relacionadas com a Intervenção Precoce em Portugal e Espanha na busca de pontos de intersecção reveladores de mais uma possível semelhança entre duas sociedades tão interligadas geográfica, afetiva e culturalmente. Como se pode ler no consentimento informado que leu e assinou todos os dados recolhidos serão tratados de forma a garantir a confidencialidade e o anonimato sendo estes recolhidos unicamente para o efeito anteriormente descrito.

Existe alguma questão que queira colocar antes de iniciar a entrevista?

Não.

Seria importante conhecer o seu percurso académico e profissional. Poderia por favor referir os marcos mais significativos desses percursos?

Sim. Claro que sim. Então eu sou psicóloga de formação e concluí o meu curso de psicologia antes de Bolonha ainda aqui na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Coimbra. Fiz na área da psicologia do desenvolvimento, portanto sempre estive a ligada a estas questões do desenvolvimento. Depois de terminar o curso conheci o PIIP, o Projeto Integrado de Educação Precoce, porque fiz um estágio no hospital pediátrico e tomei contato com a Intervenção Precoce pela primeira vez e fiquei apaixonada por esta área. Conheci o Dr. Boavida, o Dr. Luís Borges e foram eles que me trouxeram então para a Intervenção Precoce onde comecei a trabalhar então no PIIP em 97, em setembro de 1997, e pronto a partir daí não larguei a Intervenção Precoce até hoje, portanto é fazer as contas. 97 estamos em 2019, portanto é fazer as contas e pronto. Comecei logo a trabalhar nas equipas, pronto, como psicóloga em equipas de Intervenção Precoce e era também, fazia parte da equipa técnica de apoio à coordenação. Passei a aprofundar muito em termos de prática e em termos conceptuais também. Fiz mais tarde o mestrado em Intervenção Precoce com a professora Ana Serrano no Minho onde fiz a dissertação sobre uma área que eu gosto muito na Intervenção Precoce que é avaliação da criança, avaliação da criança de acordo com as práticas centradas na família, portanto a avaliação da criança na Intervenção Precoce que é absolutamente diferente de tudo aquilo que nós trazemos da nossa bagagem inicial de formação. E comecei então, para além de fazer o apoio nas equipas, entrei então na supervisão. Comecei a fazer supervisão das equipas, responsável por vários projetos, por várias ações técnicas do próprio PIIP. Então depois criámos a ANIP. Ora a ANIP, ora eu entrei em 97, a ANIP como Associação foi criada em 98 e em 2000 como IPSS, e nessa altura, eu sou uma das sócias fundadoras

tal como o Dr. Luís e os outros elementos da coordenação. Estive também nas equipas de coordenação distrital do PIIP em representação da ANIP quando depois a ANIP ficou com os acordos de Intervenção Precoce e também em Aveiro porque a ANIP depois também assumiu a Intervenção Precoce no distrito de Aveiro. Portanto eu fiz parte também dessas destas equipas de coordenação representando ANIP e também supervisora. Fui responsável também pela criação do centro de formação da ANIP, porque o que acontecia era que nós, enquanto PIIP, tínhamos muita experiência deste modelo. Foi um modelo que depois deu origem aquilo que temos no Decreto Lei atual, nesta articulação de serviços que o Dr. Luís deve-lhe ter explicado isso, que um dos mentores foi ele não é. Eu quando cheguei já estava tudo montado. Fomos então depois afinando alguns pormenores. E nessa altura o centro de formação aquilo que nos pediam muito, as pessoas sabiam da experiência que nós tínhamos e queriam replicar não é. Nós apoiámos o crescimento da legislação, mas apoiamos, apoiámos e apoiamos também os profissionais a nível nacional com formação, porque é uma formação que vem muito daquilo que é a nossa experiência no terreno, da nossa prática não é. Pronto, isso os principais marcos em termos do meu desenvolvimento profissional. Fui, primeiro como psicóloga, depois psicóloga, mas também supervisora responsável pela parte da formação, da coordenação e passei agora não lhe consigo dizer a data, 2009 talvez. Fui da direção da ANIP também, era sócia fundadora e depois passei para direção. No último mandato saí da direção e estou, desde 2009, como diretora de serviços da ANIP. Portanto sou responsável por todas as áreas da ANIP, que a ANIP não tem só a Intervenção Precoce pura e dura, temos também a creche e jardim-de-infância, temos o CAIPDV que é um Centro de Intervenção Precoce de Apoio à Deficiência Visual e sou responsável por todas essas áreas.

Há quanto tempo trabalha então diretamente Intervenção Precoce. Disse á pouco que desde 97.

Desde 97. Você faz-me as perguntas e eu dou-lhe logo as informações das próximas.

Desde quando passou a fazer parte da ANIP? Desde o início, portanto...

Sim desde o início. Sim sou uma das sócias fundadoras, sócia número 8, se não estou em erro.

Portanto esteve envolvida na elaboração deste manual é uma das autoras, não é?

Sim. Sim. Sim uma das autoras e sou, fui a coordenadora do próprio projeto, portanto o projeto que levou à publicação deste manual.

Fale-nos um pouco sobre como, quando e porquê surgiu esta entidade?

A ANIP?

Sim.

Pronto a ANIP surgiu naquela altura, portanto foi, foi, o Dr. Luís explicou-lhe como é que o PIIP surgiu não é, como é que o Projeto de Intervenção Precoce surgiu, deve-lhe ter contado que foi à beira de uma piscina não lhe contou essa parte. **Sim, sim, com um senhor, o Dr. Pires de Lima.** Com o Dr. Pires de Lima e pronto. **E foi assim que surgiu o Projeto, sim ele contou-me.** E esse projeto foi, esse projeto acabou por ficar, em pouco tempo alargou-se o distrito Coimbra todo e começou a ser referência a nível nacional pelas práticas que foi realizando e porque tinha uma estrutura muito bem organizada em termos da articulação de serviços. Portanto aquilo que eles quiseram fazer foi algo que não fosse mais um centro ou mais um serviço que fosse para dar apoio, mas usar aquilo que já tinham no terreno para se orientarem mais para a faixa etária na altura dos 0 aos 3 anos, depois é que alargámos dos 0 aos 6. E depois foram muito rigorosos, estou-lhe a dizer isto porque tem tudo a ver com a ANIP mais à frente também, foram muito rigorosos não só nesta articulação de serviços e em ir buscar os profissionais de várias áreas para criar equipas que tivessem uma composição multidisciplinar mas também com um respeito muito grande pela colocação de profissionais mas que lhes fosse dada formação específica em relação à área de Intervenção Precoce. Portanto, foi logo, são vários pontos que o PIIP tinha e que a ANIP quis depois manter, ou seja, a constituição de articulação de serviços com a colaboração entre os vários setores; a formação dos profissionais porque acreditava-se que os profissionais tinham que saber, como ainda á pouco me disse não é também, que espera-se que alguém na Intervenção Precoce chegue até nós e que saiba o que vai fazer, e isso foi uma preocupação do Dr. Luís e dos outros de darem formação específica, formação na área geral de Intervenção Precoce e formação específica de cada uma das áreas; e depois uma aposta na supervisão, que também é outra questão não é, e isso foi feito. Portanto o PIIP teve sucesso muito por isto porque reuniu pessoas de várias, várias, áreas saúde, educação e segurança social, pessoas que acreditavam naquilo iam fazer como o Doutor Luís, mas que deram uma estrutura muito organizada e fundamentada conceptualmente para aquilo que queriam que fosse a Intervenção Precoce. Portanto a articulação de serviços, a formação e supervisão são três eixos muito importantes que levaram ao sucesso do PIIP. Estas pessoas quando viram o sucesso do PIIP conseguiram também, mais tarde, ter acordos de cooperação para conseguir apoiar as equipas, a constituição das equipas, e foi um desafio criado, pelo próprio Centro Distrital de Coimbra, por estas pessoas a dizer vocês têm que levar isto mais além, têm que, que, abranger o território nacional todo. Então o desafio foi vamos consolidar esses conhecimentos na criação de uma associação que possa disseminar as práticas, as boas práticas que temos no PIIP. Então foi assim que surgiu a ANIP, com esta ideia, com este compromisso, como um desafio do próprio Centro Distrital de alargar aquilo que era o PIIP a todo todo o país não é, porque todas as crianças têm direito a um tipo de resposta de qualidade. Então decidiram criar ANIP com o objetivo de disseminar as boas práticas. **Foi então em 98 que surgiu.** Em 98 foi então registada como associação, com estes objetivos e depois, começámos logo a fazer formação em 98, portanto era aquilo que nos pediam. As primeiras ações da ANIP enquanto Associação

foi a formação de outros, assumir essa, essa parte da experiência do PIIP e em 2000 conseguimos fazer, portanto, criar um estatuto de IPSS e no momento em que criámos o estatuto de IPSS assumimos os acordos de cooperação para a Intervenção Precoce. **Portanto são vocês que asseguram a Intervenção Precoce de Coimbra e de Aveiro?** Sim. Mais tarde em 97 é que assumimos as de Aveiro. Em 2000 os acordos de Intervenção Precoce ficaram connosco aqui do Distrito de Coimbra e em 2007, desculpe não é de 97, em 2007 em Aveiro porque isto de repente como é que foi. Portanto em 98 a Associação, 2000 como IPSS e em 99 foi criado o primeiro Despacho Conjunto, a primeira legislação. Que não é um Decreto, é um Despacho Conjunto não tem o mesmo peso que tem o Decreto Lei atual. E nessa altura começou a proliferar Intervenção Precoce formalmente a nível nacional embora não tivesse o mesmo sucesso que teve com o Decreto-Lei. Em 99, com o Despacho Conjunto 891 de 99, aqui a região Centro começou em então a assumir-se não só o PIIP de Coimbra, depois apareceu Aveiro, Guarda e outros e o Alentejo. A região do Alentejo criou a uma rede de toda a região do Alentejo pronto, só que não foi tão frutífero quanto se pensava por isso é que depois o Decreto-Lei é que veio dar mais força não é. E depois a ANIP assumiu em 2000 os acordos de cooperação do distrito de Coimbra e 2007 os de Aveiro.

Então qual é a missão desta entidade?

A nossa missão é ajudar e disseminar aquilo que sejam as práticas recomendadas não é. Nós costumamos dizer, e a nossa própria, o slogan que nós utilizamos “Pelas crianças, com as famílias criamos futuro” tem tudo a ver com aquilo que são as práticas e que já trazíamos do PIIP. Portanto está a ver o PIIP está dentro da ANIP. A ANIP surgiu para dar continuidade ao PIIP, ao projeto, numa perspetiva de disseminar as práticas, que são as práticas de qualidade e usámos aquilo que efetivamente para os foram os pontos fortes do PIIP. E é isso que nos continua a reger na nossa organização.

Quais são os valores que defende a ANIP?

A ANIP tem vários valores. Desde a honestidade, desde o centrado na família, da partilha com os outros, da colaboração, a questão de inclusão. Portanto é tudo isto que orienta, é o mesmo que se lê do que é a Intervenção Precoce. A ANIP também porque a ANIP é efetivamente aquela, a única instituição no país que é dedicada exclusivamente à Intervenção Precoce. Portanto temos esse dever, não é, de passar isto para fora, para os outros, mas para nós cá dentro também temos de ser genuínos não é.

Já nos foi falando um bocadinho de quais são as áreas de atuação, mas queria que me falasse especificamente um bocadinho de cada uma delas. Já nos falou sobre a questão de ser representante da Coordenação queria que nos falasse um bocadinho sobre o projeto da vossa creche, do projeto do Jardim da Sereia que tem vindo a ser um sucesso.

Pronto a ANIP começou efectivamente com a área forte da Intervenção Precoce no que diz respeito aos serviços prestados às crianças pequeninas e às suas famílias quando têm problemas de desenvolvimento ou estão em risco. E foi sempre esse o nosso grande forte em termos de participação nas equipas quer na do PIIP e depois transformaram-se nas do SNIPI. Mas também com o [imperceptível] e a criação de um corpo técnico estável não é, conseguir depois disseminar esse [imperceptível] também através da formação e apoio de supervisão a os outros locais que não os nossos, é o centro forte. O que aconteceu logo a seguir a este sucesso destas equipas foi. Um dia, vou-lhe falar primeiro do CAIPDV, por sequência temporal, sim exatamente, um casal que teve uma criança, um bebé com uma deficiência visual aqui de Coimbra e veio bater á porta da ANIP, já conhecia a ANIP e veio queixar-se, dizer que, descobrimos que a nossa criança, o nosso bebé tem um problema de visão grave e não sentimos que esteja a ser dado apoio conveniente. Eram pais muito informados, muito diferenciados e que acharam que o apoio não estava a ser adequado e pediram à ANIP ajuda para desenvolver um projeto, em conjunto, para criar um centro de recursos que permitisse apoiar crianças com baixa visão ou deficiência visual. Porque realmente é uma deficiência de muito baixa incidência, o que acontece muitas vezes é que numa equipa de Intervenção Precoce passam-se 10, 15, 20 anos e não veem uma criança com deficiência visual então é difícil ter conhecimento especializado sobre o assunto. Então eles criaram com a ANIP, através de um projeto “Ser Criança”, um centro que congregasse conhecimento científico, experiência sobre o apoio à Intervenção Precoce na deficiência visual porque é uma área muito, muito fina, muito especializada. Então criámos o nosso Centro de Apoio à Intervenção Precoce na Deficiência Visual, o CAIPDV, que abrange, eu datas certas não consigo dizer de cabeça, mas posso depois ver. Foram logo estas a seguir 2000, 2000 e pouco, sei que tivemos 8 anos à espera de acordo de cooperação e depois conseguimos, sempre a funcionar com apoios do projeto “Ser Criança”, depois apoios do Ministério da Segurança Social e lá conseguimos agora ter mesmo um acordo de cooperação. E então abrange a Região Centro toda, destina-se a apoiar, na mesma lógica do trabalho centrado na família, articulação de serviços e colaboração que nós temos na Intervenção Precoce, apoiamos as equipas de Intervenção Precoce e apoiamos as famílias que têm crianças nestas circunstâncias. O acordo é para a Região Centro, no entanto nós fazemos apoio pontual também a nível nacional. Somos agora um centro de referência nesta área. Temos uma diretora técnica, temos uma equipa, pronto e eu também sou responsável por essa. Mais tarde, a nossa Creche/Jardim de Infância veio também, tem tudo a ver com a Intervenção Precoce também, não é só pela faixa etária, mas também porque é um dos contextos que pode apoiar não é, o desenvolvimento da criança. E desde sempre que tínhamos, nomeadamente aqui em Coimbra, muitas queixas dos pais de haver dificuldade, é uma queixa a nível nacional a dificuldade em aceder a creches e jardins-de-infância pronto. E nós tentando colmatar isso queríamos então, tivemos como objetivo de criar uma Creche/ Jardim de Infância, mas não queríamos que fosse uma coisa só por ser, tinha que ser algo muito à luz daquilo que é a ANIP e das suas práticas recomendadas e que fizesse

sentido, a perspectiva de inclusão e pronto. Então em 2009 tivemos a possibilidade fazer um protocolo com o Centro Hospitalar Coimbra que a ia deixar sua creche e jardim de infância da Maternidade Bissaya Barreto, criada pelo professor Bissaya Barreto em 50 e tal, portanto um espaço criado especificamente para isso, não há nenhum em Coimbra com as condições físicas que aquele ali tem, em termos de amplitude das salas, de contacto com o exterior, portanto foi um espaço específico para isto e que nós não deixámos que fechasse. Portanto com este desafio que o Centro Hospitalar também nos fez não é, eles disseram vamos fechar isso porque não queremos ter nada a ver com questões de educação e social, e nós agarrámos a possibilidade ficar com aquele contexto. Não foi fácil, no início, porque primeiro ainda trabalhámos com os profissionais que ainda eram deles, mas só que depois, em 2010, é que pusemos a casa toda a funcionar só com profissionais da ANIP. E temos vindo a criar um projeto pedagógico que achamos que é diferenciado, e que faz a diferença não é, junto das crianças e das famílias naquela lógica que é a própria ANIP. Temos vários eixos que queremos fortalecer naquele contexto que tem a ver com o bem-estar da criança não é, desde a questão do sentido estético não é, da questão da criatividade, **o contacto com a arte**, o contacto com arte exatamente; a questão do exterior, do espaço exterior, que foi algo que também que, do ar livre que nos foi logo desde o início muito caro, muito querido porque tínhamos ali não só os espaços que tínhamos da própria maternidade mas estamos ao lado do Jardim da Sereia que é um dos jardins também mais Icónicos icónicos, exato, aqui de Coimbra e que, na altura, ainda estava muito conetado com vandalismo e com outras atividades à noite assim menos pronto. E a própria Câmara Municipal de Coimbra tinha muita vontade que aquele espaço fosse revitalizado e cheio de dinâmicas positivas. E então juntámo-nos. Veio um grupo de cidadãos bater à porta da ANIP, portanto a ANIP tem sempre portas abertas, as pessoas vêm ter connosco, um grupo de cidadãos que disse a ANIP está ao lado do Jardim, o Jardim precisa de dinâmicas positivas, porque precisamos revitalizar Jardim, precisamos de ajuda da ANIP para desenvolver um projeto aqui que possa aliar os objetivos da ANIP mas também os próprios objetivos da própria cidade e da comunidade de Coimbra de revitalizar o Jardim. E assim começámos a dar os primeiros passos no exterior, devagarinho com as nossas crianças primeiro, a querermos trazê-los mais para fora da sala e conseguir conciliar o que está fora com o que está dentro não é em termos pedagógicos, apoiar as nossas educadoras na sua atitude pedagógica com esta, com esta, lógica e conseguimos. Portanto desde 2011 que andávamos a tentar protocolo com a Câmara e conseguimos o protocolo e temos agora a funcionar, no Jardim da Sereia, um grupo de crianças, portanto é inédito isto, existe um grupo de jardim de infância que está em permanência no Jardim da Sereia. **Um projeto fantástico.** O Projeto Sereia no Jardim que vai iniciar agora a terceira edição. **Portanto é o terceiro ano que está em vigor.** Desde 2009 que os nossos meninos vão à Sereia, e vão à rua, em 2011 começaram a ir mais, iam pelos menos uma vez pelo menos à Sereia todos. Portanto, desde a primeira edição, portanto, vai fazer agora o terceiro, temos mesmo um grupo de jardim de infância lá.

Existem relações de parceria com entidades nacionais. Quais os parceiros nacionais com que tem vindo a desenvolver projetos?

Nós temos uma ligação muito forte à componente científica, às Universidades, ao Ensino Superior, tem tudo a ver com a nossa parte de formação e de investigação para dar substância aquilo que são as práticas recomendadas. Portanto temos com a Universidade do Minho, com a Universidade de Aveiro, com o ISPA, com a Faculdade Motricidade Humana, com Évora. Portanto assim as grandes universidades, o Ensino Superior que está ligada à Intervenção Precoce, está ligada à ANIP também e vemos isso também através de vários projetos para desenvolver um deles o IM² que deu origem ao Guia. E depois temos outros parceiros também, outros parceiros mais, temos muitos uns formalizados outros não formalizados, os Pais em Rede, tudo aquilo que faça sentido também para a nossa, **para promover o vosso trabalho**, exatamente.

Relativamente aos parceiros internacionais. Fale-nos um pouco acerca destes e de que forma vocês colaboram.

Nós temos uma ligação forte ao EURLYAID, que é a Associação Europeia de Intervenção Precoce, e através dela vamos fazendo também não só a disseminação das práticas recomendadas como do próprio guia e formação a nível do estrangeiro. Temos colaborado em projetos, em conjunto, também. Por exemplo no IM² a EURLYAID e o próprio ISEI, International Society on Early Intervention, foram consultores do nosso projeto pronto, e são assim os principais. Depois vamos acabando por ter especificidades o CAIPDV, a especificidade da creche e também outros parceiros pontuais mais ligados às temáticas de cada uma das atividades.

Fale-nos um pouco de papel da ANIP na implementação da Intervenção Precoce em Portugal.

Acabei por já dizer um bocadinho á pouco não é. Uma das ações principais que a ANIP teve para além desta questão da tentativa de disseminação das boas práticas através da formação, foi também procurar, ter um tempo papel de advocacia, daquilo que são as práticas recomendadas e como é que nós devemos ter a Intervenção Precoce. E fomos importantes na altura de passagem do Despacho Conjunto para o Decreto-Lei, em que houve ali um momento de, e tivemos várias ações que fizemos juntos do do do governo e dos organismos responsáveis porque houve ali um momento de passagem do Despacho Conjunto para o Decreto-Lei que tivemos receio de perder algumas das circunstâncias fulcrais da Intervenção Precoce nomeadamente a abrangência da faixa etária, porque ainda na altura ainda se falou de não ainda se falou de não se alargar dos zero aos seis, e nós somos a favor de que a Intervenção Precoce seja dos zero aos seis e não só dos zero aos três. E outras das áreas que também batemos muito com o pé e que queríamos muito que fosse assim tem a ver com os grupos alvo de Intervenção Precoce porque nós temos na legislação que para além de ter esta articulação de serviços privilegia, apoia dois grandes grupos de crianças que são as crianças têm patologia ou que têm atrasos desenvolvimento,

portanto já têm problemas de desenvolvimento com qualquer etiologia ou sem etiologia e depois o outro grupo que é as crianças de risco não é. Porque se formos ver a legislação de outros países maioritariamente a Intervenção Precoce destina-se apenas às crianças que já tem problemas desenvolvimento. E nós não, porque nós apoiamos também as crianças de risco, que na realidade são aquelas onde provavelmente Intervenção Precoce pode fazer mais efeitos e efeitos duradouros se conseguir mexer em todas as variáveis que estão a contaminar o desenvolvimento da criança. E então essa foi uma das grandes lutas que a ANIP tem feito, não só na defesa do que é a legislação não é, e depois da legislação sair fazemos relatórios e comunicar através do contacto que nós temos com as famílias, com as crianças, com os profissionais, temos uma noção da realidade e das dificuldades que a Intervenção Precoce passa nível nacional e fazer chegar isso ao próprio SNIPI. E em 2012, exatamente 2012, nós fizemos um, portanto, o decreto-lei saiu em 2009, e em 2012 nós fizemos um retrato daquilo que estava a ser implementação de Intervenção Precoce no SNIPI não é. E apresentámos, juntamente com as universidades, ao SNIPI com uma série de, apontando os pontos fortes e apontando também as lacunas e foi daí que depois mais tarde surgiu a importância deste projeto IM² que deu origem ao, ao manual.

Qual o papel da ANIP enquanto entidade que presta apoio às crianças, às famílias e aos técnicos?

O papel da ANIP é aquele que eu, como eu já falei. Tem várias vertentes de apoio, tem várias atividades, vários centros que faz, mas é tudo com base naquilo que é a disseminação das boas práticas e da defesa das boas práticas. Portanto sempre abertos não só aquelas famílias que nós apoiamos diretamente, mas também a outras e a profissionais que pretendam sentir-se apoiados para conseguirem fazer um bom trabalho no âmbito da Intervenção Precoce.

No que se refere à investigação e à formação qual o papel da ANIP?

Pronto a ANIP tem, uma das suas áreas fortes é formação e a relação com as universidades a nível da própria investigação e somos procurados também para isso enquanto parceiros.

Fale-nos um pouco sobre os projetos desenvolvidos ao longo destes anos pela ANIP e que considera importantes. Como é que ao longo dos anos têm divulgado o vosso trabalho?

OK. Nós temos vários projetos temos vindo, na vertente de formação e investigação acabamos por conseguir avançar com determinadas áreas através de projetos, portanto, não lhe consigo dizer os projetos todos mas posso procurar isso depois. Mas desde o início que começámos um dos primeiros que fizemos foi aquele que fez a tradução de uma avaliação das práticas de Intervenção Precoce, uma tradução de uma, de uma escala da EURLY AID. Tivemos o projeto das rotinas com o Professor McWilliam que fizemos a tradução também, da entrevista baseada nas

rotinas e criámos um grupo, que era o GTI, com as várias universidades, o grupo traduziu tudo e depois divulgou, construiu um modelo de formação nesse modelo do professor McWilliam e o disseminou. Tivemos também tradução de outros, doutros instrumentos por exemplo do Connect, relacionado com questões de jardim infância e aumentar a comunicação entre os educadores do jardim infância das creches com Intervenção Precoce. Participámos em outros projetos como por exemplo o luto com a Universidade de Aveiro, o VIG/VHT, que tem a ver com a, com a, com a utilização do vídeo para promover as interações entre as famílias e as crianças. Portanto todos estes até culminar agora neste grande, que depois deste grande, o IM², já temos outros também de seguida. Por exemplo o CAIPDV também tem muitos projetos, a OLEC que é a oficina de literacia emergente na cegueira que também tem tido muito sucesso, que também teve a edição de um livro. E estão agora a fazer outro, estão aí num grande projeto neste momento. Portanto temos tido sempre, estamos sempre em movimento com projetos. E para além de projetos ligados a atividades, projetos também de própria capacitação da instituição.

Como considera ser a imagem da ANIP aos olhos da sociedade?

É uma coisa que nós debatemos aqui muito internamente. O que nós achamos é que dentro daquilo que é o nicho da Intervenção Precoce as pessoas conhecem a ANIP e têm uma boa ideia da ANIP. Provavelmente para fora deste nicho não somos uma instituição que seja muito reconhecida e é algo que nós temos estado a tentar trabalhar para ter mais reconhecimento para além deste, do nicho específico da Intervenção Precoce. Das pessoas ligadas à Intervenção Precoce. Exatamente, exatamente. **Portanto é vossa intenção divulgar além dos profissionais de IP, divulgar a ANIP.** Exatamente.

Está satisfeita com a perceção organizativa da ANIP?

Sim, até agora penso que nós, nós conseguimos, temos conseguido imprimir internamente na forma como estamos organizados, aqueles princípios que também defendemos no âmbito de Intervenção Precoce e acho que as pessoas que trabalham, os colaboradores, eu sou responsável pelos recursos humanos da ANIP, e penso que as pessoas nos valorizam também por isso. Porque a ANIP é feita de pessoas, são as pessoas que conseguem que a ANIP seja o que é, não é, e precisamos de as apoiar nesse sentido. Eu acho que as pessoas que se vêm reconhecidas pela formação que têm, pelo apoio que têm e pela especificidade do trabalho que desenvolvem.

Há algum aspeto que gostaria de modificar ou melhorar?

Sim. Há vários aspetos que nós gostávamos de modificar nomeadamente as questões da comunicação interna e externa para nos ajudar um bocadinho a mostrar mais daquilo que fazemos, para ser reconhecida mais a nível geral da comunidade não é. Provavelmente marcamos um bocadinho mais a nossa posição de defesa das práticas não é e melhorar as condições financeiras porque os acordos de cooperação não são suficientes para aquilo que nós temos estado a tentar fazer.

Do ponto de vista político considera que as entidades governamentais têm dado à Intervenção Precoce a importância suficiente?

Não, não. Isso tem sido uma luta que nós temos feito à, o próprio IM², foi uma, uma forma de mexer um bocadinho dentro daquela diagnóstico, que eu lhe falei de 2012, o IM² é uma fatiazinha, permite dar resposta a uma fatia daquilo que nós avaliámos em 2012, mas há muito mais a fazer. Portanto nós temos muito mais a fazer, somos muito bem vistos a nível internacional efetivamente porque temos uma boa legislação e temos uma boa implementação. **Mas na prática há que melhorar muito ainda...** É preciso ter atenção a vários aspetos. Andamos a brincar com a Intervenção Precoce.

Fale-nos um pouco acerca da Intervenção Precoce em Portugal até à publicação do manual.

Ok. Já falei um bocadinho não é. Já falei um bocadinho. **O modelo de Coimbra, contou-nos que o vosso modelo estava enraizado aqui, que as equipas funcionavam de maneira diferente em todo o país.** Então vou-lhe explicar um bocadinho até à publicação do manual, porque é que quisemos que o manual fosse publicado. Dentro daquela avaliação que fizemos em 2012 e apresentámos ao SNIPI um dos aspetos negativos que nós apontamos foi a disparidade de funcionamento a nível nacional e a ausência de um modelo conceptual de referência que orientasse os profissionais. E tudo isso depois tudo o que está relacionado, ou seja, a ausência de formação coerente com o próprio modelo conceptual, a ausência de supervisão que é fundamental no âmbito, a ausência de supervisão técnica que efetivamente seja supervisão de Intervenção Precoce porque é uma área muito especializada que a maioria dos profissionais não tem sequer disciplinas na sua formação de base, vamos tendo alguns na educação e assim mas não muito, entram na Intervenção Precoce sem qualquer formação, depois não lhes é dada formação contínua como deveria ser e depois não são acompanhados por uma supervisão que reflita o modelo de Intervenção Precoce. E, portanto, nós apontámos isso e dissemos que o primeiro passo para diminuir as tais assimetrias a nível nacional. Portanto nós não gostaríamos nada de ver aquilo que vemos frequentemente que é uma família que tem apoio estou a dizer no Algarve, depois vai para o Norte e tem uma Intervenção Precoce totalmente diferente. Portanto, não tem que ter a sua Intervenção Precoce, tem de ter a resposta às suas necessidades e as coisas têm que ser feitas de uma forma coerente e coerente é a resposta às suas necessidades e não ter a família que se adaptar aos sítios, aos técnicos, não tem de ser o contrário. Então para acautelar essas assimetrias aquilo que nós dissemos é primeiro assumam-se formalmente no SNIPI qual é o modelo conceptual que devem ter como base para orientar os seus profissionais pronto. E aí a proposta de fazermos um manual em conjunto, um manual que refletisse quais são práticas recomendadas a nível internacional, mas que de certa forma se adaptasse àquilo que o nosso modelo também em termos de articulação de serviços e da constituição das equipas. E fizemos candidatura a um programa da Fundação Calouste Gulbenkian na altura, tentámos que o SNIPI fosse envolvido desde o início nessa candidatura, não conseguimos. Portanto, ainda me

lembro foi numa sexta-feira às seis horas que terminava o prazo de entrega do projeto e o SNIPI não nos deu a declaração de parceria, submetemos a candidatura à mesma, mas ela foi chumbada por essa ausência. Mais tarde, um ano, uns meses depois, fomos chamados pela Fundação Calouste Gulbenkian que disse “Acreditamos muito no vosso projeto, temos forma de vos financiar, queremos que vão para a frente” e nós então fizemos o projeto. Voltámos a bater à porta do SNIPI e o SNIPI então consentiu estar connosco para, para fazermos este objetivo do IM² que era a ter um referencial conceptual comum a nível nacional e que, e que o principal produto fosse com um livro, um manual que apoiasse os profissionais, apoiasse a formação e a supervisão. Então pode-me precisar a data e o ano em que depois dessa data... Então nós começámos, portanto vou-lhe já mostrar. Efetivamente na segunda candidatura, portanto na segunda candidatura não, quando começou efetivamente o projeto foi em 2014, outubro. Só andar aqui para a frente queria-lhe mostrar, há está aqui. Começou em outubro, 2014 formalmente. Fizemos uma sessão do lançamento do projeto, em Lisboa, a 4 de dezembro onde o próprio SNIPI participou. E aqui tínhamos o grande desafio porque projeto tinha só 18 meses e era uma tarefa enorme fazer um guia para além das ações que eu já lhe vou mostrar também quais foram. E conseguimos então depois de outubro de 2014 e terminou em março 2016. Ele começou, começámos por constituir uma equipa que é esta, as equipas de trabalho: a ANIP como entidade promotora, a Pais-em-Rede como parceiro e a Universidade de Aveiro como parceira. As outras universidades entraram aqui numa comissão científica em que nós tínhamos um grupo de trabalho alargado e juntámos então aquilo que nós dizemos, que tá aqui, juntámos o conhecimento científico com a prática, que nós também a temos não é, com as famílias, com a Associação Pais-em-Rede, com os consultores internacionais e com o próprio sistema. E conseguimos fazer girar estas rodas dentadas, este motor usando estas várias equipas que conseguiram depois dar origem às várias ações do projeto. Que não foi só o guia, o guia provavelmente é aquele que se vê mais, porque é o que fica. Mas não foi só isso que foi feito não é, aquilo que foi feito foi, foi tinha três ações principais que estão aqui. Portanto nós tínhamos o guia que foi, conseguimos distribuí-lo a todas as equipas na altura eram 150, agora já são mais, a todos os Núcleos de Supervisão Técnica, à Comissão Nacional, às Submissões, todos tiveram um guia foram distribuídos. Depois temos fizemos uma disseminação destas práticas recomendadas nas cinco regiões do país através de cinco seminários que conseguimos, os cinco seminários regionais tinham como objetivo não só os profissionais de IP, mas a própria comunidade e isto no sentido disseminar as práticas recomendadas. Se nós queremos mostrar que há um modelo conceptual temos que fazer conhecer não só cá dentro, mas também para fora, para que as pessoas percebam nas IPSS, nos jardins de infância, nos centros de saúde o que é isto da Intervenção Precoce. Então fizemos estes cinco seminários no Norte, no Centro, em Lisboa, no Alentejo e no Algarve. Participaram 1655 pessoas e fizemos também depois ações mais minuciosas de formação a nível destes cinco, destas cinco regiões, mas que só abrangeram cerca de 27% dos profissionais. Isto era formação baseada no próprio guia, portanto para além da disseminação dos seminários em que foi

abrangente e que explicámos o que eram as práticas recomendadas, fizemos formação nas ELI's, abrangemos todas as ELI's mas não todos os profissionais. Portanto os profissionais eram na altura 1.600 e só abrangemos 439 porque o projeto não poderia dar mais. Isto foi possível através desta plataforma de colaboração da ANIP com o SNIPI, com a comunidade científica e com os pais, com a Associação Pais-em-Rede.

Então pelo que percebi então foram cerca de 18 meses que demorou desde o início do projeto até à sua publicação.

Sim exatamente.

Então as entidades que participaram foi a Pais-em-Rede, a Universidade...

Formalmente, como parceiros formais, a ANIP é a entidade promotora, a Pais-em-Rede e a Universidade de Aveiro parceiros formais. O SNIPI é que apareceu só como parceiro informal por causa daquelas condições que lhe disse, mas esteve sempre connosco não é no conceito de parceiros. Depois havia uma comissão científica que tinha Universidade do Minho, a Universidade do Porto, a Universidade de Aveiro, o ISPA, Motricidade Humana e Évora que era a tal comissão científica que reunia para todas as ações do projeto e que foi também onde fomos buscar os vários autores do próprio guia. Tudo na responsabilidade da ANIP, a ANIP é que organizou, é que fez o índice, que fez tudo e depois que dividiu os capítulos pelas pessoas, mas esta comissão científica foi fundamental. Quem estava aqui no trabalho de diário era eu enquanto coordenadora, mais uma profissional da ANIP que foi contratada para esse efeito e as duas Isabeis, a Isabel Chaves Almeida, que faleceu o ano passado, e a Isabel Felgueiras que são pessoas também com muita história Intervenção Precoce e entraram como ANIP. E depois o EURLY AID e o ISEI como consultores internacionais está a ver.

Também já foi falando um bocadinho da divulgação e promoção desse manual. Foi com verbas da ANIP ou com que outras o fizeram?

Da Fundação Calouste Gulbenkian. Portanto foi um projeto financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian a 80% e o resto, os 20%, foi a ANIP.

Considera que este manual melhorou de alguma forma as práticas de IP em Portugal?

É assim o objetivo nosso de o divulgar junto de todas as equipas, que o utilizem na supervisão e na orientação das práticas ainda precisa de ser aperfeiçoado. Nós conseguimos alcançar os objetivos que tínhamos aqui. Agora é preciso muito mais do que isso. É preciso que a formação seja organizada em função do próprio manual e é preciso que a supervisão também seja orientada a partir do próprio manual. Não há nada que nos indique formalmente como é que as coisas estão a acontecer. Nós temos contactos, contactos pelas pessoas, pelos profissionais que nos contactam que muito com o guia, pedem dúvidas. Nós ANIP ficámos à espera que o próprio SNIPI avançasse

com mais formação para abranger os outros. Mas ainda não o fizeram. Nada, não fizeram nada. Então nós não ficámos quietos e temos os nosso módulos de formação, só que não é formação gratuita, as pessoas têm que pagar do seu bolso e não é correto. As pessoas deviam ter, do próprio SNIPI, formação. Porque no final deste projeto aquilo que ficou definido foi isto e que nunca mais foi feito, foi que houvesse, isto foi decidido na última reunião e até agora estamos à espera. Isto foi em 2016, estamos em 2019. Formalizar um sistema de colaboração que mostrasse um bocadinho aquilo que foi o próprio projeto, o que aconteceu no projeto com esta plataforma de colaboração entre a ANIP, as universidades e o SNIPI. Que nós juntávamo-nos, o grupo de trabalho juntava-se, é assim isto manter isto, manter isto para várias ações, estamos á espera, com a criação de um órgão consultivo, nunca mais aconteceu! Promover modelos de formação em serviço, com métodos e estratégias de eficácia comprovada, formação participada e baseada nas práticas enquadradas pelo referencial, foi aquilo que fizemos. Aquelas 27% de profissionais avaliaram uma forma excelente a formação de tiveram. Aliás posso-lhe mostrar também tem esses dados e era importante replicar isto. As pessoas diziam é pena que os meus colegas de equipa não tivessem tido este, porque nós tivemos que selecionar um ou dois elementos de cada uma das equipas está a perceber, não foi possível todos e a formação em IP deve ser feita ser em equipa, com todos juntos não é. E ficou, estamos à espera mas nós formação temos estado a dar. E depois uma das ações que ficou só iniciada e que não era objetivo do projeto é criar um modelo de supervisão reflexivo-técnica que apoie efetivamente os profissionais, nada também não se faz nada. A ANIP também já fez formação no âmbito disto e não só, naquilo que me está a dizer saber se melhorou, saber, se melhorar, se melhorou é fazer esta avaliação, monitorização daquilo que são as práticas também não temos informação se isso está a acontecer ou não.

Já nos foi falando então um bocadinho como é a realidade do nosso país depois da publicação. Quais considera serem os desafios mais complexos para aí para nos próximos anos.

Os desafios mais complexos para a IP são aqueles que falei e que tem a ver com apoiar efetivamente os profissionais a conseguirem desempenhar boas práticas. Isso tem várias áreas tem desde a questão da colocação dos profissionais de forma adequada. Nós nos nossos acordos de cooperação estamos a apoiar três vezes mais aquilo que é suposto, portanto é preciso aumentar os acordos de cooperação da parte do plano da ANIP, aumentar os profissionais nas equipas sejam os dos acordos, sejam os da Saúde, os da Educação de forma a que não existam listas de espera e que o trabalho seja já feito como deve ser não é. Que muitos problemas que que se vê que acontece e ainda há pouco falou-me da sua realidade, e que percebeu que isso acontece, que é os meninos ficarem à espera muito tempo porque equipa não tem não tem recursos para dar resposta. Ou seja aumentar os recursos aquilo que são as necessidades atuais da IP seja para os acordos de cooperação seja para os elementos da Saúde, da Educação, seja para todos os outros não é. Depois é o apoiar as pessoas

a fazerem as práticas é a formação, a formação era básico e é necessário. Nós não podemos colocar profissionais que não sabem o que é Intervenção Precoce, as famílias não merecem isso não é, as famílias deviam de ser mais exigentes, deviam de saber aquilo que podem exigir porque não há não é Intervenção Precoce de qualidade não é colocar um profissional que não sabe o que é IP a dar apoio a uma criança, a uma família não é. As famílias têm direito a ter serviços de qualidade. E apostar na supervisão dos serviços de qualidade fazem-se com a formação, mas também com apoio contínuo aos profissionais.

Existe mais algum aspeto que queira referir relativamente aos objetivos da entrevista?

Eu acho que dentro daquilo que nós fomos falando penso que foi, basicamente foi dito tudo falamos em tudo. O manual não chega, o manual é importante sim. Um passo importante não só pelo, pela criação de um livro que ficou disponível para todos mas também por aquilo que conseguiu fazer em termos de colaboração com os vários parceiros não é. E é triste que depois de três anos as coisas tenham ficado paradas. Porque foi através de uma instituição como a ANIP que conseguimos mexer no próprio sistema, com a publicação deste guia e com a realização deste projeto. Mas é preciso muito mais, é preciso dar muito mais atenção à Intervenção Precoce e neste momento parece que estamos assim numa paz podre, que ninguém fala. Será que estamos a dar efetivamente qualidade às famílias e às crianças? Provavelmente não. É preciso muito mais do que simplesmente dizer o dia está feito. Não! É preciso dar formação com base no guia e apoiar a supervisão com base no guia e articular a colaboração entre os vários envolvidos, ouvir a perspetiva da família através de representantes destas famílias, ouvir a perspetiva dos profissionais que estão no terreno, da ciência, das universidades a criar este grupo que possa apoiar a própria organização do SNIPI.

Desde já o meu obrigada pela participação.

De nada.

APÊNDICE C - Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO COMPARATIVO

“INTERVENÇÃO PRECOCE - ESTUDO COMPARATIVO ENTRE PORTUGAL E ESPANHA”

A presente entrevista insere-se no âmbito da dissertação final de mestrado na área de Educação Especial- Domínio Cognitivo e Motor, da Escola Superior de Educação de Castelo Branco, orientada pela Professora Dr.^a Cristina Pereira. Este trabalho pretende contribuir para esclarecer a realidade da Intervenção Precoce em Portugal e Espanha, mais concretamente, o objetivo é analisar os discursos de duas publicações relacionadas com Intervenção Precoce em Portugal e Espanha, na busca de pontos de interseção, reveladores de uma possível semelhança entre duas sociedades tão interligadas geográfica, afetiva e culturalmente.

A entrevista será realizada individualmente, em local à escolha dos entrevistados, sendo gravada em áudio e posteriormente transcrita na íntegra. Mais se informa que, no final do trabalho, todo o material áudio será destruído para garantir o sigilo profissional.

Garante-se toda a confidencialidade e uso exclusivo do material recolhido exclusivamente para o estudo em causa. Ainda relativamente a este assunto garante-se o total anonimato.

Aos entrevistados será dada a oportunidade de colocarem todas as perguntas que acharem pertinentes. Também poderão, se assim o desejarem, receber uma cópia da transcrição das entrevistas.

Este estudo tem um caráter voluntário pelo que os entrevistados não terão qualquer prejuízo pessoal caso não desejem participar nem receberão qualquer pagamento por esta participação.

Desde já agradeço a disponibilidade e deixo os meus contatos para qualquer esclarecimento:

Marta Miguel, Educadora de Infância a frequentar o segundo ano do mestrado de Educação de Especial na Escola Superior de Educação de Castelo Branco

Endereço eletrónico: mmrv@sapo.pt / educadoramartamiguel@gmail.com

Por favor leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que algo não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe for feita, queira assinar este documento.

A aluna responsável:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para este estudo de caso e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela aluna.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: _____

Este documento é composto de 2 páginas e feito em duplicado: uma para a aluna e outra para a pessoa que consente.

APÊNDICE D - Emails trocados com o Presidente do GAT

30/11/2019

Pedido no âmbito da realização da dissertação final do Mestrado em Educação Especial da aluna Marta Miguel

Data: Ter, 11 Jun 2019 [09:35:11 WET]

De: Servicos de Expediente da ESE [REDACTED]

Para: GAT.ATENCIONTEMPRANA@gmail.com

Cc: [REDACTED] mmrv@sapo.pt

Assunto: Pedido no âmbito da realização da dissertação final do Mestrado em Educação Especial da aluna Marta Miguel

Ex.mo Senhor

Professor [REDACTED]

Presidente da Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana

No âmbito da realização da dissertação final do Mestrado em Educação Especial da aluna Marta Miguel, junto enviamos o ofício nº E.270/19 em anexo, acompanhado da síntese do projeto de investigação.

Informamos que o ofício seguiu por correio, para o endereço da Federación.

Agradecemos desde já a V/ atenção e enviamos os melhores cumprimentos.

[REDACTED]
(Assistente Técnica)

Expediente da Escola Superior de Educação
Instituto Politécnico de Castelo Branco
Rua Prof. Dr. Faria de Vasconcelos
6000-266 Castelo Branco
Tel.: 272 339 100
E-mail: expediente.esse@ipcb.pt
URL: www.esse.ipcb.pt/



30/11/2019

Pedido no âmbito da realização da dissertação final do Mestrado em Educação Especial da aluna Marta Miguel

Data: Sáb, 15 Jun 2019 [16:59:26 WET]

De: [REDACTED]

Para: [REDACTED] mmrv@sapo.pt

Assunto: Pedido no âmbito da realização da dissertação final do Mestrado em Educação Especial da aluna Marta Miguel

Estamos a vuestra disposición e intentaremos colaborar en la medida de nuestras posibilidades.

[REDACTED]
Presidente de la Federación Española de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana

30/11/2019

Re: Pedido no âmbito da realização da dissertação final do Mestrado em Educação Especial da aluna Marta Miguel

Data: Sáb, 20 Jul 2019 [15:02:22 WET]

De: mmrv@sapo.pt

Para: [REDACTED]

Cc: [REDACTED]

Assunto: Re: Pedido no âmbito da realização da dissertação final do Mestrado em Educação Especial da aluna Marta Miguel

Buenas tardes Dr. [REDACTED]

Mi nombre es Marta Isabel Quelhas Miguel, soy maestra de jardín infantil y actualmente estoy en el segundo año de la maestría en el área de Educación Especial de la Escola Superior de Educação de Infância.

Gracias de antemano por su disposición a colaborar en mi tesis de maestría.

En primer lugar, me gustaría disculparme, por solo ahora, haber enviado un correo electrónico para programar la entrevista sobre GAT y la Atención Temprana en España, pero los diversos compromisos profesionales que he asumido, solo ahora me permiten tener algunos días disponibles para conducir la entrevista.

En este sentido, podría decirme la mejor fecha y hora para conducir la entrevista a través de Skype?

Si está de acuerdo y si lo considera apropiado, podré proporcionar un intérprete durante la entrevista.

En mi perfil de Skype el nombre es: [REDACTED]

Gracias por su atención y disponibilidad, espero su respuesta.

Atentamente

Marta Miguel

01/12/2019

Read: Re: Pedido no âmbito da realização da dissertação final do Mestrado em Educação Especial da aluna Marta Miguel

Data: Seg, 22 Jul 2019 [07:00:19 WET]

De: [REDACTED]

Para: mmrv@sapo.pt

Assunto: Read: Re: Pedido no âmbito da realização da dissertação final do Mestrado em Educação Especial da aluna Marta Miguel
El mensaje ha sido mostrado al usuario.

30/11/2019

Re: Pedido no âmbito da realização da dissertação final do Mestrado em Educação Especial da aluna Marta Miguel

Data: Dom, 1 Set 2019 [15:49:17 WET]

De: mmrv@sapo.pt

Para: [REDACTED]

Cc: [REDACTED]

Assunto: Re: Pedido no âmbito da realização da dissertação final do Mestrado em Educação Especial da aluna Marta Miguel

Buenas tardes Dr. [REDACTED]

Mi nombre es Marta Isabel Quelhas Miguel, soy maestra de jardín infantil y actualmente estoy en el segundo año de la maestría en el área de Educación Especial de la Escola Superior de Educação de Castelo Branco (Portugal).

Después de pasar el período de vacaciones y con el vencimiento del plazo de finalización de la tesis llegando a su fin, envíe este correo electrónico para programar la entrevista, sobre GAT y la Atención Temprana en España, como le dije anteriormente.

En este sentido, podría decirme la mejor fecha y hora para conducir la entrevista a través de Skype?

Si está de acuerdo y si lo considera apropiado, podré proporcionar un intérprete durante la entrevista.

En mi perfil de Skype el nombre es: [REDACTED]

Gracias por su atención y disponibilidad, espero su respuesta.

Atentamente

Marta Miguel

On Thu, 19 Sep 2019 15:54:38 +0000 [REDACTED] wrote:

Caro Doutor [REDACTED]

Na sequência de contacto anterior, no passado mês de junho, e considerando que o prazo para terminar a realização da dissertação está a aproximar-se, gostaríamos de saber se será possível agendar a realização da entrevista. Informo que a aluna de Mestrado, Marta Miguel, já operacionalizou alguns contactos através de e-mail.

Agradecendo uma resposta a esta solicitação, envio os meus melhores cumprimentos.

[REDACTED]
PhD Psychology

Professora Adjunta do Instituto Politécnico de Castelo Branco, Portugal

APÊNDICE E - Email do presidente do GAT indicando o seu representante

De: [REDACTED]

Enviado: 28 de setembro de 2019 08:14

Para: [REDACTED]

Assunto: Re: Pedido no âmbito da realização da dissertação final do Mestrado em Educação Especial da aluna Marta Miguel

Disculpa [REDACTED], voy muy ocupado.

Te pongo en contacto con dos miembros del GAT que desarrollan su labor en la universidad para que te atiendan, lo he hablado con ellos:

[REDACTED]

[REDACTED]

On Thu, 19 Sep 2019 15:54:38 +0000 Cristina Pereira wrote:

Caro Doutor [REDACTED]

Na sequência de contacto anterior, no passado mês de junho, e considerando que o prazo para terminar a realização da dissertação está a aproximar-se, gostaríamos de saber se será possível agendar a realização da entrevista. Informo que a aluna de Mestrado, Marta Miguel, já operacionalizou alguns contactos através de e-mail.

Agradecendo uma resposta a esta solicitação, envio os meus melhores cumprimentos.

[REDACTED]

PhD Psychology

Professora Adjunta do Instituto Politécnico de Castelo Branco, Portugal

APÊNDICE F - Emails trocados com o representante do GAT

01/12/2019

Pedido no âmbito da realização da dissertação final do Mestrado em Educação Especial da aluna Marta Migue

Data: Sáb, 28 Set 2019 [20:45:40 WET]

De: mmrv@sapo.pt

Para: [REDACTED]

Cc: [REDACTED]

Assunto: Pedido no âmbito da realização da dissertação final do Mestrado em Educação Especial da aluna Marta Migue

Caros Dr. [REDACTED] e Dr^a [REDACTED]

O meu nome é Marta Migue, sou Educadora de Infância e neste momento encontro-me na fase final da minha dissertação de mestrado em Educação Especial cujo tema está relacionado com Intervenção Precoce. Mais concretamente estou a realizar um estudo comparativo entre Portugal e Espanha no que se refere à Intervenção Precoce.

Na impossibilidade de realizar a entrevista com Dr. [REDACTED] recebemos email da sua parte informando que deveríamos entrar em contacto com o Srs. Drs. por forma a agendar a entrevista que não foi possível de realizar com o Dr enquanto presidente do GAT.

Agradeço desde já vossa disponibilidade em me ajudarem no meu projeto de investigação.

Neste momento depois de algum tempo de espera restam apenas dois meses para terminar o prazo de entrega do meu trabalho e perante esta urgência de tempo gostaria de saber se poderiam considerar a possibilidade de responder por escrito à entrevista? Peço a vossa compreensão para este assunto pois além da urgência do tempo neste momento o meu filho está a passar por uma situação de saúde que tem exigido muito de mim.

Nesse sentido gostaria de saber se se encontram disponíveis para responder às questões da entrevista. Com esta entrevista pretendemos obter informações acerca da evolução histórica /caraterização do GAT, como era a realidade espanhola antes da publicação do "Libro Blanco de Atencion Temprana" e perceber como este modificou a realidade da AT em Espanha.

Grata por toda a atenção e compreensão dispensada a este assunto.

Marta Migue

01/12/2019

Re: Pedido no âmbito da realização da dissertação final do Mestrado em Educação Especial da aluna Marta Migue

Data: Sáb, 28 Set 2019 [21:39:28 WET]

De: [REDACTED]

Para: mmrv@sapo.pt

Cc: [REDACTED]

Assunto: Re: Pedido no âmbito da realização da dissertação final do Mestrado em Educação Especial da aluna Marta Migue

Estimada Marta, estoy a tu disposición. Cuando quieras puedes enviar la entrevista e intentaremos responder lo antes posible.

Saludos

[REDACTED]

01/12/2019

Re: Pedido no âmbito da realização da dissertação final do Mestrado em Educação Especial da aluna Marta Migue

Data: Dom, 29 Set 2019 [07:32:54 WET]

De: mmrv@sapo.pt

Para: [REDACTED]

Cc: [REDACTED]

Assunto: Re: Pedido no âmbito da realização da dissertação final do Mestrado em Educação Especial da aluna Marta Migue

Buenos dias Dr. [REDACTED] e Drª [REDACTED]

En primer lugar, me gustaría agradecerles por la pronta disponibilidad para ayudarme en mi disertación maestría.

Según lo acordado envío adjunto adjunto le envío la entrevista y el consentimiento informado de que deben firmar y devolver junto con la entrevista.

Agradecida por toda la atención y pronta disponibilidad.

Saludos

Marta Miguel

01/12/2019

Re: Pedido no âmbito da realização da dissertação final do Mestrado em Educação Especial da aluna Marta Migue

Data: Seg, 30 Set 2019 [11:52:07 WET]

De: [REDACTED]

Para: mmrv@sapo.pt

Assunto: Re: Pedido no âmbito da realização da dissertação final do Mestrado em Educação Especial da aluna Marta Migue

Estimada Marta, hay algunas preguntas en tu entrevista que me resultan difíciles de responder por una cuestión. Cuando te refieres la GAT te refieres al Grupo de Atención Temprana que se formó en el año 1994 o te refieres ya a la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana. Necesito que me aclares esto para poder acabar de responder a tus preguntas.

También me gustaría saber cual el el documento portugués con el que vas a comparar el Libro Blando de la Atención Temprana.

Espero tu respuesta para seguir cumplimentando tu entrevista

Saludos

[REDACTED]

01/12/2019

Re: Pedido no âmbito da realização da dissertação final do Mestrado em Educação Especial da aluna Marta Migue

Data: Seg, 30 Set 2019 [14:40:42 WET]

De: mmrv@sapo.pt

Para: [REDACTED]

Assunto: Re: Pedido no âmbito da realização da dissertação final do Mestrado em Educação Especial da aluna Marta Migue

Buenos días Dr. [REDACTED]

Gracias por su pronta respuesta.

Las preguntas se refieren a la actual federación de profesionales de atención temprana porque fue ésta la que editó el Libro blanco de atención temprana y es la entidad dirigida a la AT en España.

Adjunto les envío una foto del manual en portugués publicado en 2016 por ANIP y link <https://www.anip.pt/anip/publicacoes/>.

Agradecida por toda la atención.

Saludos

Marta Miguel

APÊNDICE G - Análise de conteúdo das entrevistas

		Entrevista A	Entrevista B
Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	Unidades de registo
Caraterização do entrevistado	Perfil académico e profissional	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) fiz a minha formação, em Portugal, em neurologia e depois fui para Londres fazer a minha especialização em neurologia pediátrica” • “Acabei o curso e tive muita sorte porque fui convidado para assistente para neurologia.” • “(...) fui para Inglaterra para fazer doutoramento (...) e fui aceite pelo John Wilson no Great Ormond Street, que é um hospital topo da gama, na pediatria, e ele fazia neuropediatria.” • “(...) criámos o Centro de Desenvolvimento. (...) Eu escolhi um grupo de pessoas, instalámo-nos no Hospital Pediátrico (...) Deram o meu nome ao Centro de Desenvolvimento”. 	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) psicóloga (...) na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Coimbra” • “Fui, primeiro como psicóloga, depois psicóloga, mas também supervisora responsável pela parte da formação, da coordenação e passei agora não lhe consigo dizer a data, 2009 talvez. Fui da direção da ANIP também, era sócia fundadora e depois passei para direção. No último mandato saí da direção e estou, desde 2009, como diretora de serviços da ANIP. Portanto sou responsável por todas as áreas da ANIP, que a ANIP não tem só a Intervenção Precoce pura e dura, temos também a creche e jardim-de-infância, temos o CAIPDV que é um Centro de Intervenção Precoce de Apoio à Deficiência Visual e sou responsável por todas essas áreas.”
	Tempo de serviço na IP	<ul style="list-style-type: none"> • “Há 45 anos, mais ou menos, que comecei e a Intervenção Precoce foi a última coisa” 	<ul style="list-style-type: none"> • “Desde 97.”
	Tempo de serviço na ANIP	<ul style="list-style-type: none"> • “Sim. A ANIP eu estive sempre, mas não fui sempre o Presidente. O Presidente eu fui tardiamente. Mas a criação da ANIP, estou na criação da ANIP.” 	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) a ANIP como o Associação foi criada em 98 e em 2000 como IPSS, e nessa altura, eu sou uma das sócias fundadoras tal como o Dr. Luís e os outros elementos da coordenação.” • “(...) em setembro de 1997, e pronto a partir daí não larguei a Intervenção Precoce até hoje” • “Desde o início. Sim sou uma das sócias

			fundadoras, sócia número 8, se não estou em erro.”
	Envolvimento na elaboração do manual	<ul style="list-style-type: none"> • “Eu limitei-me a fazer, como podes ler, a apresentação por assim dizer. (...) Convidaram-me para fazer o prefácio, tive muito gosto em fazer, na verdade, isso, mas o resto não, não.” 	<ul style="list-style-type: none"> • “Sim uma das autoras e sou, fui a coordenadora do próprio projeto, portanto o projeto que levou à publicação deste manual.”
Caraterização da ANIP	Evolução histórica	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) a Intervenção Precoce tinha-se expandido pelo país, na verdade, e a gente sentia que havia de alguma necessidade de haver alguma instituição que zelasse pela qualidade, não é, da Intervenção Precoce. E essa instituição devia ter, na verdade, várias coisas, mas devia ter uma capacidade também técnica para poder dar pareceres, para isto é, um consultor se o Governo quisesse alguma coisa tinha um interlocutor direto em vez de ter milhares de interlocutores. A ANIP é uma associação que sabe do assunto, que se especializou, na verdade, em Intervenção Precoce e que zela.” 	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) o PIIP teve sucesso muito por isto porque reuniu pessoas de várias, várias, áreas saúde, educação e segurança social, pessoas que acreditavam naquilo iam fazer como o Doutor Luís, mas que deram uma estrutura muito organizada e fundamentada concetualmente para aquilo que queriam que fosse a Intervenção Precoce.” • “Portanto a articulação de serviços, a formação e supervisão são três eixos muito importantes que levaram ao sucesso do PIIP. Estas pessoas quando viram o sucesso do PIIP (...) a dizer vocês têm que levar isto mais além, têm que, que, abranger o território nacional todo. Então o desafio foi vamos consolidar esses conhecimentos na criação de uma associação que possa disseminar as práticas, as boas práticas que temos no PIIP. Então foi assim que surgiu a ANIP, com esta ideia, com este compromisso, como um desafio do próprio Centro Distrital de alargar aquilo que era o PIIP a todo todo o país não é, porque todas as crianças têm direito a um tipo de resposta de qualidade. Então decidiram criar ANIP com o objetivo de

			<p>disseminar as boas práticas.”</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Em 98 foi então registada como associação, com estes objetivos e depois, começámos logo a fazer formação em 98, portanto era aquilo que nos pediam. • “(...) em 2000 conseguimos fazer, portanto, criar um estatuto de IPSS e no momento em que criámos o estatuto de IPSS assumimos os acordos de cooperação para a Intervenção Precoce.” • “(...) em 2000 os acordos de cooperação do distrito de Coimbra e 2007 os de Aveiro.” • “A ANIP surgiu para dar continuidade ao PIIP, ao projeto”
	Missão	<ul style="list-style-type: none"> • “[Um projeto] Para andar e que se impôs aqui e no estrangeiro” 	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) ajudar e disseminar aquilo que sejam as práticas recomendadas” • “A ANIP surgiu para dar continuidade ao PIIP, ao projeto” • “(...) o slogan que nós utilizamos “Pelas crianças, com as famílias criamos futuro” tem tudo a ver com aquilo que são as práticas e que já trazíamos do PIIP.”
	Valores	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) toda a criança, na verdade, tem direito a uma boa qualidade de vida tenha ela qualquer problema e essa criança que tem absolutamente o direito de estar na família e que seja a sua família a ser responsável por ela e que podendo recorrer a qualquer tipo de apoio mas a família é central na vida de qualquer criança, principalmente nos primeiros anos de vida aqueles que a gente sabe.” 	<ul style="list-style-type: none"> • “A ANIP tem vários valores. Desde a honestidade, desde o centrado na família, da partilha com os outros, da colaboração, a questão de inclusão.”

	Áreas de atuação	<ul style="list-style-type: none"> • “Em todas as áreas. Apesar dela se ter dedicado a qualquer tipo de patologia” • “Só tenho pena não se ter estendido mais aos invisuais. (...) Temos a pena de não ter para os surdos”. • “Damos formação aos profissionais na área (...) em todas as áreas da Intervenção Precoce periodicamente. (...) com técnicos mais especializados, aquela gente com mais experiência”. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Pronto a ANIP começou efectivamente com a área forte da Intervenção Precoce no que diz respeito aos serviços prestados às crianças pequeninas e às suas famílias quando têm problemas de desenvolvimento ou estão em risco.” • “um casal que teve uma criança, um bebé com uma deficiência visual (...) criaram com a ANIP, através de um projeto “Ser Criança”, um centro que congregasse conhecimento científico, experiência sobre o apoio à Intervenção Precoce na deficiência visual • “Então criámos o nosso Centro de Apoio à Intervenção Precoce na Deficiência Visual, o CAIPDV, (...) abrange a Região Centro toda, destina-se a apoiar, na mesma lógica do trabalho centrado na família, articulação de serviços e colaboração que nós temos na Intervenção Precoce, apoiamos as equipas de Intervenção Precoce e apoiamos as famílias que têm crianças nestas circunstâncias. • “(...) a nossa Creche/Jardim de Infância • “(...) Jardim da Sereia que é um dos jardins também mais Icónicos (...), aqui de Coimbra e que, na altura, ainda estava muito conetado com vandalismo e com outras atividades à noite assim menos pronto. E a própria Câmara Municipal de Coimbra tinha muita vontade que aquele espaço fosse revitalizado e cheio de dinâmicas positivas (...)
		<ul style="list-style-type: none"> • “Os mais envolvidos precocemente, (...) são as faculdades, as universidades.” • “(...) com os pais em rede. “ 	<ul style="list-style-type: none"> • “Nós temos uma ligação muito forte à componente científica, às Universidades, ao Ensino Superior, tem tudo a ver com a nossa

	Parcerias nacionais	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) a, parceria com os psicólogos, com a Sociedade de Psicologia também para haver uma interrelação entre a Intervenção Precoce e a Psicologia.” • “Temos também, há um centro, esqueço-me sempre do nome, de ciência para crianças cá em Coimbra que é da Faculdade de Física que tinha, na verdade, um observatório, é ali na Sereia e que com nós também fizemos uma parceria com eles para começar a pôr a ciência ao alcance das crianças desde muito cedo.”. 	<p>parte de formação e de investigação para dar substância áquilo que são as práticas recomendadas. Portanto temos com a Universidade do Minho, com a Universidade de Aveiro, com o ISPA, com a Faculdade Motricidade Humana, com Évora. Portanto assim as grandes universidades, o Ensino Superior que está ligada à Intervenção Precoce, está ligada à ANIP também e vemos isso também através de vários projetos para desenvolver um deles o IM² que deu origem ao Guia.”</p> <ul style="list-style-type: none"> • “E depois temos outros parceiros também, outros parceiros mais, temos muitos uns formalizados outros não formalizados, os Pais em Rede”
	Parcerias internacionais	<ul style="list-style-type: none"> • “A EURLYAID (...) É uma instituição da União Europeia e tem parceria agora mais relacionada com a tradução do livro e com o apoio na formação.” • “(...) colaboração de todo uma série de técnicos americanos que vêm cá com frequência. Sempre que há um congresso, agora de dois em dois anos, temos esses técnicos americanos, temos à cabeça a Marilyn Espe-Sherwindt”. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Nós temos uma ligação forte ao EURLYAID, que é a Associação Europeia de Intervenção Precoce, e através dela vamos fazendo também não só a disseminação das práticas recomendadas como do próprio guia e formação a nível do estrangeiro. Temos colaborado em projetos, em conjunto, também. Por exemplo no IM² a EURLYAID e o próprio ISEI, International Society on Early Intervention, foram consultores do nosso projeto pronto, e são assim os principais.”
	Papel na implementação da IP em Portugal	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) a ANIP tem feito um trabalho enorme na divulgação, na implementação, na qualificação dos técnicos e na qualidade da Intervenção Precoce”. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Uma das ações principais que a ANIP teve para além desta questão da tentativa de disseminação das boas práticas através da formação, foi também procurar, ter um tempo papel de advocacia, daquilo que são as

			<p>práticas recomendadas e como é que nós devemos ter a Intervenção Precoce.”</p> <ul style="list-style-type: none"> • E em 2012, exatamente 2012, nós fizemos um, portanto, o decreto-lei saiu em 2009, e em 2012 nós fizemos um retrato daquilo que estava a ser implementação de Intervenção Precoce no SNIPI não é. E apresentámos, juntamente com as universidades, ao SNIPI com uma série de, apontando os pontos fortes e apontando também as lacunas e foi daí que depois mais tarde surgiu a importância deste projeto IM2 que deu origem ao, ao manual.”
	Papel enquanto prestador de serviços às crianças	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) a gente vai apoiar as crianças, mas nas famílias. (...) Há um programa feito, que é o PIIP, (...) programa é discutido com a família e é assim que deve se fazer, e com conhecimento a família vai apoiar e se a criança está no jardim escola também nós transmitimos á educadora o posicionamento da criança, as etapas de desenvolvimento, os materiais, portanto tudo aquilo que facilita o desenvolvimento da criança e a criança começa a ser integrada no jardim escola com esse tipo de apoio.” 	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) serviços prestados às crianças pequenas e às suas famílias quando têm problemas de desenvolvimento ou estão em risco.”
	Papel enquanto prestador de serviços às famílias	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) a gente vai apoiar as crianças, mas nas famílias. Isto é a base da filosofia é centrado na família e dando poder à família, isto é a família que decide e a nossa coisa é transmitirmos os nossos conhecimentos de maneira a que os pais, mas nós é, sempre no apoio á família. É a família que decide, é a família que sabe o que é melhor para os 	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) sempre abertos não só aquelas famílias que nós apoiamos diretamente, mas também a outras”

		seus filhos e o nosso papel é, junto á família, fazer esse tipo de apoio.	
	Papel enquanto prestador de serviços aos técnicos	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) a ANIP tem feito um trabalho enorme (...) na qualificação dos técnicos” 	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) sempre abertos (...) profissionais que pretendam sentir-se apoiados para conseguirem fazer um bom trabalho no âmbito da Intervenção Precoce.” • “(...) apoiámos e apoiamos também os profissionais a nível nacional com formação” • “(...) formação na área geral de Intervenção Precoce e formação específica de cada uma das áreas;”
	Papel na formação/ investigação	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) a ANIP tem feito um trabalho enorme na divulgação, na implementação, na qualificação dos técnicos e na qualidade da Intervenção Precoce” • “(...) criou-se o centro de formação, mas antes disso já se dava formação.” 	<ul style="list-style-type: none"> • “Pronto a ANIP tem, uma das suas áreas fortes é formação e a relação com as universidades a nível da própria investigação e somos procurados também para isso enquanto parceiros.” • “(...) tradução de uma avaliação das práticas de Intervenção Precoce, uma tradução de uma, de uma escala da EURLY AID. • “Tivemos o projeto das rotinas com o Professor McWilliam que fizemos a tradução também, da entrevista baseada nas rotinas e criámos um grupo, que era o GTI, com as várias universidades, o grupo traduziu tudo e depois divulgou, construiu um modelo de formação nesse modelo do professor McWilliam e o disseminou.” • “Tivemos também tradução de outros, doutros instrumentos por exemplo do Connect, relacionado com questões de jardim infância e aumentar a comunicação entre os educadores do jardim infância das creches

			<p>com Intervenção Precoce.”</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Participámos em outros projetos como por exemplo o luto com a Universidade de Aveiro, o VIG/VHT, que tem a ver com a, com a, com a utilização do vídeo para promover as interações entre as famílias e as crianças.” • “Portanto todos estes até culminar agora neste grande, que depois deste grande, o IM2”
	Imagem perante a sociedade	<ul style="list-style-type: none"> • “Tá claro que a ANIP e a Intervenção Precoce não têm tido, apesar de vez em quando haver notícias e coisa, não tem tido a divulgação na imprensa e nos média. • “Mas também como a gente acha que é um saber técnico, (...) nós nunca tivemos assim uma necessidade grande de andar a fazer a divulgação porque achámos que é um caminho que se faz caminhando e que a gente começou com um grupo pequeno, foi aumentando, foi capacitando as pessoas, foi implementando e que o crescimento tem sido sustentável.” 	<ul style="list-style-type: none"> • “O que nós achamos é que dentro daquilo que é o nicho da Intervenção Precoce as pessoas conhecem a ANIP e têm uma boa ideia da ANIP. Provavelmente para fora deste nicho não somos uma instituição que seja muito reconhecida e é algo que nós temos estado a tentar trabalhar para ter mais reconhecimento para além deste, do nicho específico da Intervenção Precoce.”
	Organização	<ul style="list-style-type: none"> • “Há um grupo, por exemplo a Direção que já estão reformados e coisa assim parecida trabalham gratuito, mas os técnicos, os técnicos aqueles que fazem a ANIP e fazem a Intervenção Precoce têm que ser” 	<ul style="list-style-type: none"> • “Sim, até agora penso que nós, nós conseguimos, temos conseguido imprimir internamente na forma como estamos organizados, aqueles princípios que também defendemos no âmbito de Intervenção Precoce. (...) Eu acho que as pessoas que se vêm reconhecidas pela formação que têm, pelo apoio que têm e pela especificidade do trabalho que desenvolvem.”
		<ul style="list-style-type: none"> • “(...) o Governo tem sido sensível e tem-nos mantido este financiamento. Que crie condições para tal crescimento, não tem 	<ul style="list-style-type: none"> • “Não, não. Isso tem sido uma luta que nós temos feito à, o próprio IM², foi uma, uma forma de mexer um bocadinho dentro

	Importância dada pelas entidades governamentais à IP	criado, mas também a gente tem estado num país com grandes restrições económicas e ainda não está tão saudável como a gente gostaria. De maneira que a gente compreende que as coisas têm de ser negociadas e que os nossos projetos nem sempre têm o avalo do Governo. Mas lá que teve uma boa compreensão desde aquela altura do Decreto-Lei e a continuidade disso. Todas as pessoas com quem a gente fala estão, na verdade, interessados.”	daquela diagnóstico, que eu lhe falei de 2012, o IM ² é uma fatiazinha, permite dar resposta a uma fatia daquilo que nós avaliámos em 2012, mas há muito mais a fazer. Portanto nós temos muito mais a fazer, somos muito bem vistos a nível internacional efetivamente porque termos uma boa legislação e termos uma boa implementação.”
Perceções sobre manual	Evolução histórica da IP até à data de publicação do manual	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) não há assim ninguém que começa (...) mas o principal era Bairrão Ruivo, do COOMP, em Lisboa, (...) vai desenvolver a Intervenção Precoce. E nós estávamos no Projeto do Bairrão, íamos com frequência a Lisboa (...) Então pensámos porque é que a gente não vai para Coimbra e faz qualquer coisa. E foi isso de certa maneira o pontapé de saída. Chegámos a Coimbra reunimos com algumas pessoas (...) e o grupo que se reuniu começou a desenhar o modelo de Coimbra da Intervenção Precoce que tinha uma coisa muito interessante que era um modelo em que havia uma interação, que nunca tinha existido, entre a Saúde, a Educação, Segurança Social, na verdade isso, e as instituições, claro. E (...) começámos a entrar em contacto com a literatura, principalmente a americana, (...), fomos até aos Estados Unidos, tivemos com o Professor Rune Simeonsson e começámos esse tal projeto de Intervenção Precoce que 	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) o PIIP (...) em pouco tempo alargou-se o distrito Coimbra todo e começou a ser referência a nível nacional pelas práticas que foi realizando e porque tinha uma estrutura muito bem organizada em termos da articulação de serviços” • “(...) assimetrias a nível nacional” • “Então decidiram criar ANIP com o objetivo de disseminar as boas práticas.” • “Portanto em 98 a Associação, 2000 como IPSS e em 99 foi criado o primeiro Despacho Conjunto, a primeira legislação. (...) E nessa altura começou a proliferar Intervenção Precoce formalmente a nível nacional embora não tivesse o mesmo sucesso que teve com o Decreto-Lei.

		a ideia era totalmente diferente. “	
	Origem do manual	<ul style="list-style-type: none"> • “A ideia surgiu porque se houver algo em que as pessoas pudessem basear os seus conhecimentos, na verdade, e reforçar os conhecimentos e voltar lá sempre que eu tivesse uma dúvida, ou precisasse de uma referência para um trabalho”. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Dentro daquela avaliação que fizemos em 2012 e apresentámos ao SNIPI um dos aspetos negativos que nós apontamos foi a disparidade de funcionamento a nível nacional e a ausência de um modelo conceptual de referência que orientasse os profissionais. E tudo isso depois tudo o que está relacionado, ou seja, a ausência de formação coerente com o próprio modelo conceptual, a ausência de supervisão que é fundamental no âmbito, a ausência de supervisão técnica que efetivamente seja supervisão de Intervenção Precoce porque é uma área muito especializada que a maioria dos profissionais não tem sequer disciplinas na sua formação de base, vamos tendo alguns na educação e assim mas não muito, entram na Intervenção Precoce sem qualquer formação, depois não lhes é dada formação contínua como deveria ser e depois não são acompanhados por uma supervisão que reflita o modelo de Intervenção Precoce.”
	Período de elaboração	<ul style="list-style-type: none"> • “Olha que não te posso dizer. (...) Foi uma construção razoavelmente rápida. (...) Porque a Gulbenkian deu-nos um prazo. A gente tinha de ter aquele prazo para o publicar pronto. Não sei se era 18 meses ou coisa parecida.” 	<ul style="list-style-type: none"> • “Começou em outubro, 2014 formalmente. Fizemos uma sessão do lançamento do projeto, em Lisboa, a 4 de dezembro onde o próprio SNIPI participou. E aqui tínhamos o grande desafio porque o projeto tinha só 18 meses e era uma tarefa enorme fazer um guia para além das ações que eu já lhe vou mostrar também quais foram. E conseguimos então depois de outubro de 2014 e terminou em março 2016.”

	Entidades envolvidas	<ul style="list-style-type: none"> • “Tens aí todas as referências no livro (aponta para livro).” • 	<ul style="list-style-type: none"> • “Formalmente, como parceiros formais, a ANIP é a entidade promotora, a Pais-em-Rede e a Universidade de Aveiro parceiros formais. O SNIPI é que apareceu só como parceiro informal (...) mas esteve sempre connosco não é no conceito de parceiros. • “Depois havia uma comissão científica que tinha Universidade do Minho, a Universidade do Porto, a Universidade de Aveiro, o ISPA, Motricidade Humana e Évora que era a tal comissão científica que reunia para todas as ações do projeto e que foi também onde fomos buscar os vários autores do próprio guia. Tudo na responsabilidade da ANIP, a ANIP é que organizou, (...) mas esta comissão científica foi fundamental” • “Quem estava aqui no trabalho de diário era eu enquanto coordenadora, mais uma profissional da ANIP que foi contratada para esse efeito e as duas Isabeis, a Isabel Chaves Almeida, que faleceu o ano passado, e a Isabel Felgueiras que são pessoas também com muita história Intervenção Precoce e entraram como ANIP.” • “E depois o EURLY AID e o ISEI como consultores internacionais”
	Promoção e divulgação	<ul style="list-style-type: none"> • “Na Gulbenkian, em Lisboa. Não posso precisar a data (...) Foi numa sessão solene, na Gulbenkian, no anfiteatro, com o presidente desta área da Gulbenkian (...) com jornalistas, etc. E foi uma sessão muito interessante em que eu estive presente também”. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Portanto nós tínhamos o guia que foi, conseguimos distribuí-lo a todas as equipas na altura eram 150, agora já são mais, a todos os Núcleos de Supervisão Técnica, à Comissão Nacional, às Submissões” • “Depois temos fizemos uma disseminação destas práticas recomendadas nas cinco

			<p>regiões do país através de (...) cinco seminários regionais tinham como objetivo não só os profissionais de IP, mas a própria comunidade e isto no sentido disseminar as práticas recomendadas. (...) Então fizemos estes cinco seminários no Norte, no Centro, em Lisboa, no Alentejo e no Algarve. Participaram 1655 pessoas e fizemos também depois ações mais minuciosas de formação a nível destes cinco, destas cinco regiões, mas que só abrangeram cerca de 27% dos profissionais. Isto era formação baseada no próprio guia, portanto para além da disseminação dos seminários em que foi abrangente e que explicámos o que eram as práticas recomendadas, fizemos formação nas ELI's, abrangemos todas as ELI's mas não todos os profissionais. Portanto os profissionais eram na altura 1.600 e só abrangemos 439 porque o projeto não poderia dar mais.</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Isto foi possível através desta plataforma de colaboração da ANIP com o SNIPI, com a comunidade científica e com os pais, com a Associação Pais-em-Rede.”
	Melhoria das práticas após a divulgação do manual	<ul style="list-style-type: none"> • “Isso sem dúvida nenhuma (...) O manual dá-te uma, tem uma filosofia de base que é apresentada e dá-te os vários passos que, fundamentais na Intervenção Precoce desde a entrevista dos pais, desde a intervenção, desde a organização de um programa para aquela criança com exemplos práticos e, inclusivamente, apresenta-te a importância 	<ul style="list-style-type: none"> • “É assim o objetivo nosso de o divulgar junto de todas as equipas, que o utilizem na supervisão e na orientação das práticas ainda precisa de ser aperfeiçoado. Nós conseguimos alcançar os objetivos que tínhamos aqui. Agora é preciso muito mais do que isso. É preciso que a formação seja organizada em função do próprio manual e é preciso que a

		da Intervenção no cérebro da criança com os estudos feitos”	supervisão também seja orientada a partir do próprio manual.”
	Realidade do país após a publicação do manual	<ul style="list-style-type: none"> • “Eu penso que a Intervenção Precoce se está a alargar ao país e sendo de melhor qualidade.” 	<ul style="list-style-type: none"> • “É preciso que a formação seja organizada em função do próprio manual e é preciso que a supervisão também seja orientada a partir do próprio manual. Não há nada que nos indique formalmente como é que as coisas estão a acontecer. Nós temos contactos, contactos pelas pessoas, pelos profissionais que nos contactam que muito com o guia, pedem dúvidas.” • “Nós ANIP ficámos à espera que o próprio SNIPI avançasse com mais formação para abranger os outros. (...) Nada, não fizeram nada. Então nós não ficámos quietos e temos os nosso módulos de formação, só que não é formação gratuita, as pessoas têm que pagar do seu bolso e não é correto. As pessoas deviam ter, do próprio SNIPI, formação. • “(...) monitorização daquilo que são as práticas também não temos informação se isso está a acontecer ou não.”
	Desafios para os próximos anos	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) isto está a funcionar e eu não te sei dizer se o país todo tem a resposta que deve ter já, mas o que agente quer é que isto seja nacional e para todas as pessoas que necessitarem não é.” • “Uma coisa que eu sei é que a gente precisava de mais técnicos na Intervenção Precoce e por restrições económicas não temos capacidade de as conseguir dar” 	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) apoiar efetivamente os profissionais a conseguirem desempenhar boas práticas.” • “(...) colocação dos profissionais de forma adequada.” • “(...) aumentar os recursos aquilo que são as necessidades atuais da IP seja para os acordos de cooperação seja para os elementos da Saúde, da Educação, seja para todos os outros não é.” • “(...) apoiar as pessoas a fazerem as práticas é

			<p>a formação, a formação era básico e é necessário. Nós não podemos colocar profissionais que não sabem o que é Intervenção Precoce”</p> <ul style="list-style-type: none"> • “E apostar na supervisão dos serviços de qualidade fazem-se com a formação, mas também com apoio contínuo aos profissionais.”
Conclusão da entrevista	Aspetos não enunciados na entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Não 	<ul style="list-style-type: none"> • “O manual não chega, o manual é importante sim. Um passo importante não só pelo, pela criação de um livro que ficou disponível para todos mas também por aquilo que conseguiu fazer em termos de colaboração com os vários parceiros não é.” • “E é triste que depois de três anos as coisas tenham ficado paradas. Porque foi através de uma instituição como a ANIP que conseguimos mexer no próprio sistema, com a publicação deste guia e com a realização deste projeto.” • “Mas é preciso muito mais, é preciso dar muito mais atenção à Intervenção Precoce e neste momento parece que estamos assim numa paz podre, que ninguém fala. • “É preciso dar formação com base no guia e apoiar a supervisão com base no guia e articular a colaboração entre os vários envolvidos, ouvir a perspetiva da família através de representantes destas famílias, ouvir a perspetiva dos profissionais que estão no terreno, da ciência, das universidades a criar este grupo que possa apoiar a própria organização do SNIPI.”

APÊNDICE H - Guião das Entrevistas

“Intervenção Precoce -Estudo comparativo entre Portugal e Espanha”

Guião de entrevistas a realizar aos representantes da ANIP

Bom dia. O meu nome é Marta Miguel. Sou aluna da Escola Superior de Educação de Castelo Branco e estou a realizar esta entrevista no âmbito da minha dissertação de mestrado na área da Educação Especial cuja temática incide na Intervenção Precoce.

Antes de iniciar a entrevista gostaria de lhe agradecer por me receber e dar a oportunidade de realizar esta entrevista.

Este trabalho tem como objetivo compreender a realidade da Intervenção Precoce em Portugal e Espanha, mais concretamente, analisar os discursos de duas publicações relacionadas com Intervenção Precoce em Portugal e Espanha, na busca de pontos de interseção, reveladores de mais uma possível semelhança entre duas sociedades tão interligadas geográfica, afetiva e culturalmente.

Como se pode ler no consentimento informado que leu e assinou todos os dados recolhidos serão tratados de forma a garantir a confidencialidade e anonimato sendo estes recolhidos unicamente para o efeito anteriormente descrito.

OBJETIVO GERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO	QUESTÃO
Legitimar a entrevista	Enquadrar a entrevista Garantir o cumprimento de todas as questões éticas deste trabalho	1. Existe alguma questão que queira colocar antes de iniciar a entrevista?
Caraterização do(a) entrevistado(a)	Estabelecer um perfil do(a) entrevistado(a) e o enquadramento deste na área da Intervenção Precoce	2. Seria importante conhecer o seu percurso académico e profissional. Podia referir os marcos mais significativos desses percursos. 3. Há quanto tempo trabalha diretamente na Intervenção Precoce? 4. Desde quando passou a fazer parte da ANIP? 5. Esteve envolvido na elaboração do manual?
		6. Fale-nos um pouco sobre como, quando e porquê surgiu esta entidade? 7. Qual a missão desta entidade? 8. Que valores defende?

Caraterização da ANIP / GAT	Compreender a evolução histórica da ANIP/GAT e o seu papel enquanto entidade de referência para a IP	<p>9. Quais as áreas de atuação desta entidade?</p> <p>10. Existem relações de parceria com entidades nacionais. Quais os parceiros nacionais com que têm vindo a desenvolver projetos?</p> <p>11. Relativamente aos parceiros internacionais. Fale-nos um pouco acerca destes e de que forma colaboram.</p> <p>12. Fale-nos um pouco do papel da ANIP/GAT na implementação da IP.</p> <p>13. Qual o papel desta enquanto entidade que presta apoio às crianças, famílias e técnicos</p> <p>14. No que se refere á investigação/formação qual o papel da ANIP/GAT?</p> <p>15. Fale-nos um pouco sobre os projetos desenvolvidos, ao longo destes anos, pela ANIP/GAT que considera mais importantes. Como é que ao longo dos anos têm divulgado o vosso trabalho?</p> <p>16. Como considera ser a imagem da ANIP/GAT aos olhos da sociedade?</p> <p>17. Está satisfeito com a perceção organizativa da ANIP/GAT? Em caso de respostas negativa indique o(s) aspetos(s) que gostaria de modificar ou melhorar?</p> <p>18. Do ponto de vista político considera que as entidades governamentais têm dado à IP a importância suficiente?</p>
Perceções sobre a IP antes da publicação do manual	Perceber quais as conceções de IP antes da publicação do manual	19. Fale-nos um pouco acerca da IP em Portugal/Espanha até à publicação do manual?
Conceções acerca do manual	Perceber quais as razões da publicação deste manual	<p>20. Fale-nos agora um pouco de quando, como e porquê surgiu este manual?</p> <p>21. Quanto tempo decorreu até à sua publicação?</p> <p>22. Quais as entidades/profissionais que participaram na elaboração deste manual?</p> <p>23. Como e quando foi feita a promoção e divulgação deste manual?</p>
Conceção acerca Intervenção Precoce após a publicação do manual	Perceber quais os aspetos positivos e negativos da publicação do manual e as suas consequências nas	<p>24. Considera que este manual melhorou de alguma forma as práticas de IP em Portugal/Espanha? Se sim indique alguns exemplos de situações que conhece.</p> <p>25. De uma forma muito breve descreva a realidade portuguesa/espanhola no que diz respeito à IP depois da publicação deste manual.</p>

	práticas de IP	26. Quais considera serem os desafios mais complexos para a IP nos próximos anos?
Finalização da entrevista	Dar a possibilidade ao entrevistado de acrescentar alguma informação que não tenha enunciado ao longo da entrevista	27. Existe mais algum aspeto que queira referir relativamente aos objetivos desta entrevista? Desde já o meu obrigada pela participação.

APÊNDICE I - Análise de Conteúdo dos Manuais

Obra	Título	<i>Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um Guia para Profissionais</i>	<i>Libro Blanco de la Atención Temprana</i>
	Autores	Leonor Carvalho Isabel Chaves de Almeida Isabel Felgueiras Sara Leitão José Boavida Paula Coelho Santos Ana Serrano Ana Teresa Brito Carla Lança Júlia Pimentel Ana Isabel Pinto Catarina Grande Teresa Brandão Vítor Franco	Grupo de Atención Temprana (GAT)
	Editora	Associação Nacional de Intervenção Precoce-Coimbra	Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía
	Ano de publicação	2016	2000
	Edição	1ª Edição	1ª Edição
	Nº de páginas	359 páginas	121 páginas
	Ilustrações (tabelas, gráficos, desenhos)	Sim	Não
	Formato	A4	A4
Impressão	Suporte de papel disponível através da ANIP	Suporte digital em: http://gat-atenciontemprana.org/wp-	

			content/uploads/2019/05/LibroBlancoAtenci%C2%A6nTemprana.pdf
	Nacionalidade	Portuguesa	Espanhola
Credenciais dos autores	Formação universitária	<p>Experts na área da Intervenção Precoce das várias universidades do país e/ou membros de instituições relacionadas com a Intervenção Precoce (ANIP, SNIPI, EURLYAID, Associação Pais em Rede):</p> <ul style="list-style-type: none"> Ana Isabel Pinto – Faculdade de Psicologia e de ciências da Educação da Universidade do Porto Ana Serrano – Instituto de Educação da Universidade do Minho / ANIP / EURLYAID Catarina Grande – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto Júlia Pimentel – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida (ISPA) / Associação Pais em Rede Paula Coelho Santos – Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro / ANIP Teresa Brandão -Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa (FMH) Vítor Franco – Universidade de Évora Leonor Carvalho – ANIP Isabel Chaves de Almeida – ANIP 	<ul style="list-style-type: none"> Juan Carlos Belda – Psicólogo M^a Isabel Casbas Gómez – Psicóloga - Centro de Atención Temprana de Lorca (Murcia) Mercedes del Valle Trapero – Psicóloga - Unidade de Neonatologia Hospital Universitario San Carlos (Madrid) Francisco Alberto Gracia Sánchez – Psicólogo - Faculdade de Psicologia de Múrcia Pilar Gutiez Cuevas – Pedagoga/Professora Titular na Faculdade de Educação da Universidade Complutense (Madrid) Eugenia Lara Quesada – Psicóloga - Centro de Reabilitação Asprodesa (Almeria) Carmen Linares von Schmitterlow – Psicóloga - Centro de Atención Temprana Dulce Nombre (Málaga) Carmén Manjón Ortega – Psicóloga Clínica no Centro Saude Mental Infanto-Juvenil (Serviço Basco de Saúde Álava) Antonia Marqu�ez Luque – Psicóloga - Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilha)

		<ul style="list-style-type: none"> • Isabel Felgueiras – ANIP • Sara Leitão – ANIP • José Boavida - SNIPI 	<ul style="list-style-type: none"> • Rosa Mayo Taga – Psicóloga - Unidade de Atención Temprana do Centro de Saúde Sabugo (Astúrias) • Carmen Maza Sisniega – Terapeuta em Atención Temprana - Departamento de Serviços Sociais (Conselho Provincial de Guipúzcoa – San Sebastián) • Aurelia Mena – Médica Reabilitadora (Aspace - Pamplona) • Julia Molinero Santos – Pedagoga - Faculdade de Educação da Universidade Complutense (Madrid) • Eva Muñoz – Psicóloga - Centro de Minusválidos (Pamplona) • Carmén Narváez Ruiz – Terapeuta Amica (Cantábria) • Carlos Pajuelo – Equipa de Atención Temprana (Badajoz) • Fátima Pegenaute Lebrero – Psicóloga - EIPI de Nou Narris Esplugues (Barcelona) • Inmaculada Ramos Sánchez – Neuropediatra - Unidade de Maduración Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilha) • Elena Ruiz Vesga – Técnico de Atención Temprana - Fundação Ramón Ardid (Zaragoza) • Xavier Tapia Lizeaga – Associação Altxa
--	--	--	---

			(Bilbao) <ul style="list-style-type: none"> • Conchita Vázquez – Serviço de Atención Personas com Discapacidad (Valladolid)
Organização do Manual	Identificação dos capítulos ou partes	<p>Livro constituído por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prefácio • Introdução • Três partes distintas • Considerações finais • Referências bibliográficas • Anexos <p>O livro tem três prefácios escritos por entidades distintas: o presidente da ANIP, a Presidente do SNIPI e a Presidente da Associação Pais-em-Rede.</p> <p>A primeira parte do livro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Designada “Intervenção Precoce na Infância: Dos neurónios ao contexto familiar” e • Pretende mostrar a visão global da Intervenção Precoce • Engloba os capítulos 1 denominado de “A Intervenção Precoce na Infância e a sua relevância na promoção do desenvolvimento” e o capítulo 2 designado de “Intervenção Precoce na Infância em Portugal: Um processo em 	<p>Livro constituído por 9 capítulos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prefácio • Definição de <i>Atención Temprana</i> • Objetivos da <i>Atención Temprana</i> • Níveis de Intervenção da <i>Atención Temprana</i> • Principais âmbitos de Atuação • Ações na Comunidade • Coordenação Interinstitucional • Investigação • Formação • Princípios básico da <i>Atención Temprana</i> • Anexos: <ul style="list-style-type: none"> A. Legislación de Atención Temprana B. Factores de riesgo biológico y social C. Trastornos y alteraciones en el desarrollo

		<p>constante evolução”</p> <p>A segunda parte do livro</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intitulada de “Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce para a Infância” • Integra quatro capítulos: o capítulo 3, 4, 5 e 6 • Pretende apresentar e desenvolver a temática das práticas recomendadas para IP • O capítulo 3 recebeu a denominação de “A abordagem centrada na família: Princípios orientadores para a Intervenção Precoce para a Infância” • O capítulo 4 é designado de “O processo de intervenção centrada na família”. • No capítulo 5 intitula-se “Um sistema integrado de intervenção precoce na infância: Colaboração intersectorial e transdisciplinar” • O sexto e último capítulo desta segunda parte é nomeado como “A avaliação de programas de IPI” <p>A terceira parte deste manual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Engloba os dois últimos capítulos: o capítulo 7 e o capítulo 8 • Designado de “Oportunidades de desenvolvimento profissional” 	
--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Mostra a importância do desenvolvimento do profissional de IP para a melhoria da qualidade das práticas de IP • Refere como oportunidades de desenvolvimento profissional a formação e supervisão • Último capítulo, o capítulo 8, é intitulado “Supervisão: Para uma relação de confiança e promotora do desenvolvimento <p>As referências bibliográficas estão organizadas de acordo com as normas da APA.</p> <p>Os anexos do livro incluem alguns recursos úteis para os profissionais ao longo das suas práticas nomeadamente recursos bibliográficos (bibliografia anotada, bibliografia em português e sites de referência) e instrumentos de apoio à intervenção e monitorização das práticas.</p>	
Informação e análise disponibilizada no manual	Resumo das principais ideias	Este livro pretende partilhar conhecimentos, experiências e práticas consistentes para que estas possam ser tomadas como um referencial para ajudar os profissionais a consolidar e expandir a IP.	O livro explica como se processa a <i>Atención Temprana</i> em Espanha mais concretamente refere os seus objetivos, níveis de intervenção e os âmbitos de atuação de cada um dos serviços intervenientes na AT.
		<ul style="list-style-type: none"> • O capítulo 1 abrange os principais fundamentos e referenciais teóricos e 	<ul style="list-style-type: none"> • No prefácio do livro refere-se à necessidade de trinta anos após a

	<p>Descrição sintetizada dos capítulos</p>	<p>conceptuais da IP (Modelo bioecológico do desenvolvimento e modelo transaccional) mais concretamente enfatiza o papel das experiências precoces no desenvolvimento humano e a evolução histórica da IP;</p> <ul style="list-style-type: none"> • O capítulo 2 contextualiza o processo de IP em Portugal desde a sua origem até aos dias de hoje destacando os dois programas inovadores (Programa Portage para Pais e o Projecto Integrado de Intervenção Precoce – PIIP) que surgiram na década de 80 e o papel do normativo legal em vigor, o Decreto-Lei 281/2009; • No capítulo 3 são apresentados os princípios que orientam as práticas de IPI propostos por Dunst e seus colaboradores nomeadamente as oportunidades de aprendizagem da criança, os apoios aos pais e os recursos da família e da comunidade. Além disso define a abordagem centrada na família referindo que esta deve ser baseada nos contextos naturais e nos recursos da comunidade tendo como base uma equipa transdisciplinar. • O capítulo 4 descreve o processo de operacionalização da IP, o qual tem como base o modelo proposto por Simeonsson 	<p>criação dos primeiros centros de <i>Atención Temprana</i>, haver um normativo específico para <i>Atención Temprana</i>, comum a todas as Comunidades, sendo essa a razão da criação do Grupo de Atención Temprana (GAT). Aborda também a elaboração deste livro como documento de referência para todos os intervenientes no processo de <i>Atención Temprana</i>. Revela também as discrepâncias entre as diferentes Comunidades Autónomas salientando que existem alguns aspetos a ter em conta por forma a melhorar a <i>Atención Temprana</i> nomeadamente a necessidade de criar uma rede de recursos, definir competências, identificar as carências de cada uma das Regiões Autónomas, aumentar as verbas e estar recetivos aos avanços científicos e contributos dos profissionais, investigadores, entidades e dos pais. Além destes pontos também salienta a necessidade de um sistema que regule e arbitre as relações entre os três ministérios e por isso é sugerido que se crie uma Comissão Estatal para a <i>Atención Temprana</i> ou um Instituto de <i>Atención Temprana</i> que promova o desenvolvimento um documento</p>
--	--	---	--

		<p>e os seus colaboradores (1996) bem como os três componentes de ajuda eficaz propostos por Dunst (1998). Além disso descreve ciclo de intervenção desde a referência, os primeiros encontros, a avaliação, o desenvolvimento do PIIP, a implementação e monitorização, a avaliação dos resultados e da satisfação e a transição. Contempla também excertos de testemunhos/práticas de famílias e profissionais</p> <ul style="list-style-type: none"> • O capítulo 5 revela a importância as práticas recomendadas serem estabelecidas com base num modelo colaborativo para a implementação de uma intervenção transdisciplinar • No capítulo 6 pode ler-se acerca da importância da avaliação em todos os níveis do sistema de IP desde a coordenação e colaboração intersectorial nacional e distrital até à avaliação das práticas dando lugar à reflexão e aperfeiçoamento • No capítulo 7 são apresentadas as práticas recomendadas para que a formação se possa desenvolver e implementar nos mais diversos níveis • O capítulo 8 e último capítulo do livro descreve os princípios e características de 	<p>legislativo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • O capítulo 1 abrange a definição de <i>Atención Temprana</i>, de desenvolvimento infantil e de perturbação do desenvolvimento. Faz também uma breve alusão aos factores genéticos e ambientais como factores importantes para o desenvolvimento infantil bem como aos factores de risco biológico e factores de risco psicossocial. • O capítulo 2 refere o objetivo principal bem como os objetivos específicos da <i>Atención Temprana</i>. • No capítulo 3 são referidos os níveis de intervenção em <i>Atención Temprana</i> designadamente a prevenção primária, secundária e terciária na saúde. Mais concretamente refere os objetivos de cada um dos níveis de prevenção bem como as competências de cada um dos ministérios da saúde, da educação e dos serviços sociais. • O capítulo 4 refere quais os principais âmbitos de atuação dos CDIAT (Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana), as suas competências na prevenção primária, secundária e terciária, a sua constituição e
--	--	---	---

		<p>uma supervisão técnica eficaz em IP</p>	<p>localização. Descreve também, de forma pormenorizada, todo o processo de avaliação inicial desde a recolha da informação até à transição para a escola. Além disso são também descritas as funções de cada um dos serviços de saúde (Serviços de obstetrícia, neonatologia, unidades de desenvolvimento, pediatria, neuropediatria, reabilitação infantil, saúde mental e outras especialidades), dos serviços sociais e dos serviços educativos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ao longo do capítulo 5 pode ler-se acerca das ações na comunidade. No livro são propostas onze ações para desenvolver com a comunidade no sentido de promover a <i>Atención Temprana</i>. • O capítulo 6 aborda a coordenação interinstitucional a qual está dividida em três níveis de coordenação: estatal, autónoma, recursos da <i>Atención Temprana</i>. Neste é descrita a necessidade de reorganização das infraestruturas administrativas e a redistribuição ou criação de recursos económicos, materiais e de pessoal necessários para garantir uma eficiência razoável da cobertura dos serviços de
--	--	--	---

			<p>Atención Temprana.</p> <ul style="list-style-type: none">• O capítulo 7 diz respeito à investigação em <i>Atención Temprana</i>. Para além desta ser considerada uma necessidade para o desenvolvimento de programas de <i>Atención Temprana</i> mais eficazes, são enumeradas muitas outras vantagens que a investigação pode trazer para esta área. Contudo, neste capítulo são também apresentadas algumas limitações e dificuldades próprias da investigação nesta área.• No capítulo 8 a formação dos profissionais é o tema chave. Ao longo deste capítulo é referida a necessidade de os profissionais possuírem uma formação especializada de forma a que possam exercer as suas funções com a máxima eficácia.• No último capítulo, o capítulo 9, são definidos seis princípios básicos da <i>Atención Temprana</i>: Diálogo, integração e participação; Gratuitidade, universalidade e igualdade de oportunidades, responsabilidade pública; Interdisciplinaridade e alta qualificação profissional; Coordenação; Descentralização; e Setorização.
--	--	--	---

Quadro de referência dos autores	Modelo teórico	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo bioecológico do desenvolvimento • Modelo Sistémico • Modelo transacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo biopsicossocial da AT
Análise Crítica do investigador	Julgamento da obra do ponto de vista metodológico	<ul style="list-style-type: none"> • O conjunto da obra revela um trabalho importante e pioneiro na IP em Portugal; • Sob o ponto de vista metodológico trata-se de uma obra científica muito completa que aborda todo o processo de funcionamento da IP em Portugal bem como a perspetiva histórica desta não só em Portugal como também nos EUA, país de origem da IP; • Excelente organização dos temas sempre com referências aos estudos na área da neurobiologia do desenvolvimento bem como aos modelos psicológicos que influenciaram a IP designadamente o modelo bioecológico do desenvolvimento e o modelo transacional 	<ul style="list-style-type: none"> • O conjunto da obra revela um trabalho importante e pioneiro na AT em Espanha; • Sob o ponto de vista metodológico embora a obra aborde os principais aspetos da AT não fundamentando, contudo, a informação incluída em referências a autores e especialistas na área. A linguagem utilizada permite uma leitura acessível mesmo para os leitores não especialistas, contudo a análise carece de profundidade. • Bem organizado no que diz respeito às temáticas abordada; • Não podendo deixar de reconhecer a sua importância, parece-nos que este livro poderia ser mais fundamentado do ponto de vista científico;
	Mérito da obra	<ul style="list-style-type: none"> • Obra inédita em Portugal • Elaborada pelos maiores experts da área em Portugal • Com a colaboração de vários parceiros nomeadamente a Associação Pais-em-Rede, a Universidade de Aveiro • Com a participação de consultores 	<ul style="list-style-type: none"> • Obra inédita em Espanha • Elaborada por 21 especialistas da área de <i>Atención Temprana</i>; • Com a participação de 45 colaboradores também eles com experiência na área de AT • Compilação das informações mais

		<p>Internacionais: European Association on Early Intervention (EURLY AID-EAECI) e International Society on Early Intervention (ISEI)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compilação de vários saberes /informações relacionados com a IP num só livro • “Bíblia” para os profissionais da área • Livro técnico bem estruturado e organizado, com linguagem acessível a todos e com referências bibliográficas de acordo com a APA • Obra com reconhecidos elogios por parte de experts internacionais como Michael J. Guralnick, Barry Carpenter, Carl J. Dunst, Franz Peterander, Marilyn Espe-Sherwindt, Rune Simeonsson, Robin Macwilliam • Obra elogiada por experts nacionais com funções em instituições ligadas à IP como Ana Maria Serrano (EURLY AID) e José Boavida (SNIPI) • Não está disponível on-line podendo ser apenas adquirido através de email ou na própria sede da ANIP; 	<p>pertinentes sobre AT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guia para os profissionais da área • Livro estruturado e organizado, com linguagem bastante acessível a todos • Livro técnico bem estruturado e organizado, com linguagem acessível a todos e com referências bibliográficas, mas que não seguem as normas da APA
Indicações do investigador	Público alvo	Profissionais ligados à IP	Profissionais ligados à IP
	Disciplina	Intervenção Precoce	Intervenção Precoce
		Intervenção Precoce	Intervenção Precoce

	Áreas em que pode ser adotado	Educação de infância Psicologia Ciências da Educação Serviço Social Medicina	Educação de infância Psicologia Ciências da Educação Serviço Social Medicina
--	-------------------------------	--	--