



Maria Elisabete da Silva Tomé Mendes

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM INTERVENÇÃO PRECOCE,  
Práticas no Distrito de Portalegre.**

**TESE DE DOUTORAMENTO**  
PSICOLOGIA  
2010



Maria Elisabete da Silva Tomé Mendes

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM INTERVENÇÃO PRECOCE,  
Práticas no Distrito de Portalegre.

Tese apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia, sob orientação da Prof. Doutora Ana Isabel Pinto e co-orientação da Prof. Doutora Júlia Serpa Pimentel.



## Resumo

O presente estudo pretende contribuir para a caracterização da realidade dos serviços de intervenção precoce, bem como avaliar o grau de implementação dos modelos internacionalmente recomendados e a adequação das práticas desenvolvidas pelos profissionais na resposta às necessidades identificadas ao nível da criança, da família e da gestão dos recursos da comunidade.

Iniciámos a investigação com um processo de autoavaliação da qualidade das práticas implementadas realizado por 77 profissionais de equipas de intervenção precoce do distrito de Portalegre e da região de Lisboa. O estudo foi complementado com dados de natureza qualitativa, através de análise documental de 62 processos de famílias apoiadas e da observação participada das práticas, referentes a esses casos, num total de 92 sessões, no âmbito de diferentes programas de intervenção precoce de Portalegre.

Os resultados da autoavaliação dos profissionais, confirmados pelos dados da observação naturalista, indicam que são cumpridas as práticas recomendadas e as orientações regulamentares em vigor à data da recolha de dados, no que se refere aos níveis da *Comunidade*, da *Criança* e, parcialmente, do *Serviço*. Ao nível da *Família* e do *Programa* há ainda lacunas na implementação de algumas práticas de qualidade. Os resultados da observação indicam que as práticas implementadas, quer no que respeita ao contexto (domicílio ou jardim de infância) quer ao foco da intervenção (directa com a criança ou mediada pelo cuidador) são influenciadas tanto pelo tipo de situação de risco como pela área disciplinar do profissional a prestar o apoio.

Globalmente, as conclusões apontam para a necessidade de: (a) implementar uma supervisão das práticas, que garanta o enfoque adequado dos casos, a reflexão e a actualização contínuas; (b) impulsionar a prevenção e generalizar os programas de base comunitária; (c) formar equipas cooperativas que actuem em transdisciplinaridade; (d) sistematizar os processos de avaliação e de elaboração dos programas; e, (e) desenvolver procedimentos regulares de registo da evolução das situações, de participação da família, de avaliação dos serviços e do grau de satisfação da família.



## Résumé

L'objectif de cette recherche est de caractériser les services d'intervention précoce et d'évaluer l'adéquation des programmes d'intervention qui sont mis en place pour répondre aux besoins des enfants et de leurs familles en tenant compte des ressources de la communauté.

77 professionnels du district de Portalegre et de la région de Lisbonne ont répondu à un questionnaire d'auto-évaluation. Les données de l'analyse de 62 processus de familles et d'enfants qui recevaient les services, et celles de l'observation de 92 séances d'appui, à Portalegre, ont aussi été analysées.

Les résultats de l'auto-évaluation des professionnels et les données de l'observation confirment que les modèles internationaux et la législation portugaise sont mis en place en ce qui concerne les niveaux de la *Communauté*, de l'*Enfant* et, partiellement, du *Service*. Par contre, au niveau de la *Famille* et du *Programme*, les critères de qualité ne sont pas encore accomplis par les services. La profession du prestataire de service et la condition de l'enfant influencent le contexte d'intervention (domicile ou jardin d'enfant) et le focus du service (enfant ou famille/éducateur).

Globalement, il faut: (a) mettre en place la supervision des pratiques pour garantir une intervention adéquate, la réflexion et actualisation permanente ; (b) augmenter les programmes de prévention ; (c) organiser le travail d'équipe dans un modèle transdisciplinaire ; (d) systématiser les processus d'évaluation et d'élaboration des programmes d'intervention ; (e) mettre en place des procédures régulières d'enregistrement de l'évolution des enfants/familles, de la participation de la famille, de l'évaluation des services et du degré de satisfaction de la famille.



## Abstract

This study aims to contribute to characterize early intervention (EI) services, to assess the extent to which internationally recommended models are implemented as well as to investigate to what extent professionals' practices within early intervention teams are appropriate and responsive to the identified needs at child, family and community levels.

We began the study by asking 77 professionals, working in EI teams in the district of Portalegre and EI services in Lisbon area, to conduct a self-evaluation of the quality of their practices. Qualitative data was also obtained by analysing records kept in 62 families' files, as well as by observing practices (92 support sessions) in the context of various early intervention programs running in Portalegre.

Data from professionals' self evaluation confirmed by observational data, show that recommended practices and Portuguese legal requirements, are broadly implemented at the *Community* and *Child* levels and partially at the *Agency* level. At *Family* and *Program* levels there are some discrepancies regarding recommended and implemented practices. Observational data also show that child conditions, as well as professional background, influence the practices adopted in regard to both the context of intervention (home or kindergarten) and the intervention focus (child or caregiver).

Findings point out the need to: (a) supervise practices, so as to ensure individualization of services, plus continual reflection (b) promote prevention and generalize community based programs; (c) form cooperative teams working together within a transdisciplinary model; (d) devise systematic assessment and support program design processes; (e) put into practice regular procedures for recording changes in situation, family participation, evaluation of outcomes and family satisfaction.



Ao  
Professor Joaquim Bairrão

Pelo legado que nos deixou  
no domínio da Intervenção Precoce.  
Pela sua sabedoria, exigência e humor  
que me ensinaram a saber ser psicóloga.



## **Agradecimentos**

Ao terminar esta jornada não podia deixar de recordar e agradecer a todos quantos a tornaram possível e muito contribuíram para que hoje me sinta orgulhosa de ter conseguido chegar a bom termo...

Às minhas Orientadoras, que foram, sem qualquer dúvida, as principais responsáveis por este estudo ter sido inovador e rigoroso. Pela dedicação, compreensão e confiança, com que me acompanharam ao longo do tempo, pela enorme disponibilidade para responder aos meus pedidos, não me faltando em nenhum momento, pela pertinência dos seus conselhos e pela leitura e revisão atenta desta dissertação.

À Professora Manuela Oliveira pela orientação a nível do método e desenho da investigação e ao Professor Paulo Sargento pela colaboração na análise inicial dos dados e disponibilidade demonstrada.

À Equipa de Coordenação Distrital de Intervenção Precoce, em particular à Conceição Lopes, que sem qualquer reserva me abriu as portas e com muito interesse possibilitou e acompanhou a realização deste estudo no distrito de Portalegre.

Aos profissionais das Equipas de Intervenção Directa que, de modo confiante, se dispuseram a partilhar as suas práticas, bem como às famílias e crianças que, de modo afável, me receberam nos seus contextos de vida.

À Direcção da FENACERCI que me concedeu licença sem vencimento para frequentar o programa de doutoramento, e ao Instituto Politécnico de Portalegre que validou a minha candidatura ao programa PROTEC, para poder concluir este trabalho.

Aos colegas da FENACERCI pela amizade e apoio incondicional, tanto a nível pessoal como profissional, por estarem sempre dispostos a colaborar comigo e presentes nos momentos de aflicção.

Aos colegas da Escola Superior de Educação que me incentivaram a dedicar a este trabalho, em especial, à minha amiga Luísa Panaças, a quem devo muitas das oportunidades do meu percurso profissional.

Aos colegas da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação que me acompanharam no programa de doutoramento, pela simpatia com que me acolheram e apoio concedido.

Ao Joaquim Gronita pela partilha de conhecimentos e preocupações, pelas suas sugestões de trabalho e parceria neste percurso paralelo.

Ao Stephen von Tetzchner pela sua inquietação em saber como poderia ajudar-me e pelo valioso contributo das suas sugestões bibliográficas.

À Lourdes Tavares, minha amiga, com quem tenho aprendido tanto, pelo privilégio de ter tido sempre o seu apoio e por me ter acolhido, durante alguns anos, nas estadias no Porto.

Aos amigos que, apesar do trabalho solitário a que a redacção de uma tese obriga, nunca me deixaram só e me foram animando com as suas palavras e companhia.

Aos meus pais que, apesar de todos os reveses da sua vida, decidiram investir sempre na minha formação.

A todos o meu muito obrigada!

## Abreviaturas

---

AGD	Atraso Global do Desenvolvimento
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
CPCJ	Comissão de Protecção de Crianças e Jovens
DIP	Departamento de Intervenção Precoce
EID	Equipa(s) de Intervenção Directa
GD	Grau de Desenvolvimento
IP	Intervenção Precoce
IPI	Intervenção Precoce na Infância
IQ	Indicador de Qualidade
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PEI	Programa Educativo Individual
PIAF	Plano Individualizado de Apoio à Família
PIIP	Plano Individual de Intervenção Precoce
PNAI	Plano Nacional de Acção para a Inclusão
RSI	Rendimento Social de Inserção
RVCC	Reconhecimento Validação e Certificação de Competências
SIP	Serviço(s) de Intervenção Precoce
SNIPI	Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

---



# ÍNDICE

<b>Introdução</b>	<b>19</b>
-------------------	-----------

## **CAPÍTULO I**

### **Modelos Conceptuais em Intervenção Precoce**

<b>1. Perspectivas teóricas actuais em psicologia</b>	<b>29</b>
1.1. Evolução das perspectivas do desenvolvimento	29
1.2. Modelo transaccional e modelo ecológico	34
<b>2. Práticas recomendadas em intervenção precoce</b>	<b>40</b>
2.1. Modelo de intervenção centrado na família	41
2.2. Papel do profissional de intervenção precoce	45
2.3. Transdisciplinaridade do trabalho em equipa	56
<b>3. Avaliação das práticas em intervenção precoce</b>	<b>63</b>
3.1. Avaliação dos programas e dos serviços	63
3.2. Investigação sobre indicadores de qualidade	67
<b>4. Intervenção precoce na Europa e em Portugal</b>	<b>74</b>
4.1. Análise das situações na Europa	75
4.2. Situação das práticas em Portugal	81

## **CAPÍTULO II**

### **Estudo Empírico: Avaliação da Qualidade**

<b>1. Princípios éticos, direitos e objectivos do estudo</b>	<b>91</b>
<b>2. Qualidade das práticas: questões de investigação</b>	<b>99</b>

## **CAPÍTULO III**

### **Estudo das Práticas no Distrito de Portalegre**

<b>1. Método</b>	<b>107</b>
1.1. Participantes	108
1.1.1. Caracterização das equipas de intervenção directa	109
1.1.2. Profissionais participantes na autoavaliação da qualidade	114
1.1.3. Profissionais participantes na observação das práticas	118
1.1.4. Caracterização global das crianças e famílias apoiadas	119
1.1.5. Casos observados na investigação das práticas	124

1.2. Instrumentos	126
1.2.1. Ficha de caracterização geral dos serviços e equipas	126
1.2.2. Formulário de autoavaliação de padrões de qualidade	129
1.2.3. Protocolo de análise documental dos processos	140
1.2.4. Grelha de registo da observação das práticas	141
1.3. Procedimentos	141
1.3.1. Autoavaliação de padrões de qualidade	142
1.3.2. Observação participada das práticas	143
1.4. Análise de dados	145
1.4.1. Análise quantitativa	145
1.4.2. Análise qualitativa	150
<b>2. Resultados</b>	<b>152</b>
2.1. Os serviços e a autoavaliação das práticas	152
2.1.1. Funcionamento global dos serviços e equipas	152
2.1.2. Avaliação de padrões de qualidade percebida	155
2.2. Análise das práticas implementadas	192
2.2.1. Procedimentos de registo nos processos	195
2.2.2. Práticas de apoio precoce observadas	201
<b>3. Discussão</b>	<b>214</b>
3.1. Organização dos serviços de intervenção precoce	214
3.2. Práticas de qualidade em intervenção precoce	231

## **CAPÍTULO IV**

### **Qualidade das Práticas: Conclusões e Implicações**

1. Implicações para a prática	<b>241</b>
2. Implicações para a investigação	<b>247</b>

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

**255**

## **ANEXOS**

I. Ficha de Caracterização Geral dos Serviços e Equipas	275
II. Formulário de Autoavaliação de Padrões de Qualidade	283
III. Protocolo de Análise Documental dos Processos	305
IV. Grelha de Registo da Observação das Práticas	309

# I. Introdução



## Introdução

A intervenção precoce é um domínio de actuação que, no nosso país, se começou a estruturar há cerca de trinta anos (anos 80, séc. XX) e que com a publicação do primeiro normativo legal, no final da década de noventa, a intervenção precoce ganhou uma nova dinâmica. Com a criação ou reestruturação de serviços por parte de entidades públicas e privadas, tem-se assistido a uma expansão da rede das equipas a prestarem apoios integrados a crianças até aos seis anos de idade com incapacidades ou em risco de atraso grave do desenvolvimento e suas famílias.

Portugal, paralelamente ao que acontece a nível europeu, tem vindo a enfatizar a importância da qualidade dos serviços prestados, sendo que a certificação da qualidade é já um requisito, quer para os serviços oficiais quer para as organizações não governamentais. Existem já directrizes governamentais nesse sentido, sendo nomeadamente de referir a publicação de “modelos de avaliação da qualidade” para as respostas sociais e “manuais de boas práticas” no domínio da acção social.

Questões como, a medida em que as políticas e as práticas são consistentes com a filosofia do programa, em que a eficácia da intervenção facilita os resultados desejados para a criança e família, e como é que pais e profissionais percebem a qualidade do programa, são considerações importantes na avaliação dos serviços. Uma avaliação que tenha em consideração aspectos relativos ao *processo* (como é que os serviços são prestados e sua qualidade) em conjugação com aspectos de *conformidade* (verificar se os programas cumprem as orientações reguladoras) providencia informação extremamente útil para o incremento das práticas de qualidade (Aytch, Castro, & Selz-Campbell, 2004).

Ao contrário do que sucede com os contextos educativos formais para a infância, a intervenção precoce é um sistema complexo de serviços que envolve diversos locais, a participação de múltiplas disciplinas, coordenação de

serviços, colaboração entre organizações e apoios a uma população heterogénea de crianças e famílias. Para além disso, os programas de intervenção precoce implementados reflectem uma enorme diversidade de abordagens e modelos conceptuais (Guralnick, 2005).

Ao longo do percurso profissional, designadamente enquanto psicóloga na Federação Nacional de Cooperativas de Solidariedade Social (FENACERCI), tive oportunidade de poder acompanhar a estruturação de alguns serviços de intervenção precoce implementados pelas CERCI a nível nacional, nomeadamente o processo de criação da Unidade Integrada de Atendimento à Infância da Cercizimbra, em associação com a qual organizámos, em 1998, o Encontro “Caminhos para a Intervenção Precoce... Reflectindo”.

No âmbito das funções por mim desempenhadas na FENACERCI, colaborei na estruturação do Departamento de Intervenção Precoce (DIP) desta federação, ao qual prestei assessoria técnica durante vários anos. Este departamento, entre outras iniciativas, realizou a aplicação de questionários sobre necessidades de formação, a tradução e adaptação de escalas de autoavaliação das práticas<sup>1</sup>, tendo também organizado acções de formação para os profissionais que iam iniciar ou tinham iniciado recentemente a sua actividade no domínio da intervenção precoce, bem como encontros e jornadas de reflexão a nível nacional, com a participação de peritos nacionais e estrangeiros. Ainda no decurso das suas actividades, o DIP emitiu, por solicitação ministerial, um parecer relativo à publicação do Despacho Conjunto n.º 891/99 que estabeleceu, até ao ano transacto, as orientações reguladoras da intervenção precoce em Portugal.

No passado recente, enquanto docente na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Portalegre, tivemos oportunidade de colaborar em diferentes cursos de qualificação e de especialização no domínio das

---

<sup>1</sup> *Family Orientation of Community and Agency Services* (Bailey, 1991) e *Scale for Evaluating Early Intervention Programs* (Mitchell, 1991).

Necessidades Especiais de Educação, nomeadamente na concepção do plano de estudos do Curso de Formação Especializada em Intervenção Precoce, que decorreu em 2005 e 2006. Desde a publicação do normativo, supra mencionado, desenvolveram-se muitos programas de intervenção precoce a nível nacional, particularmente no Alentejo, onde se constatou a implementação de uma rede de serviços, fruto de uma articulação inter-institucional. Surgiu, assim, a necessidade de se organizar formação especializada no âmbito da Intervenção Precoce, de forma a permitir o desenvolvimento de competências que favorecessem um atendimento de qualidade, segundo as directrizes internacionais e as funções previstas no enquadramento legal para os profissionais.

Ao desenvolver estas actividades fui tendo, ao longo do tempo, oportunidade de estabelecer contactos, quer com os práticos, profissionais no terreno, quer com os teóricos, investigadores no domínio da intervenção precoce a nível nacional e europeu. E, assim, fui tomando conhecimento da realidade das práticas no nosso país, bem como dos modelos teóricos internacionalmente recomendados.

Quatro décadas de desenvolvimento de programas e políticas de intervenção precoce na infância indicam, a nível internacional, que as intervenções baseadas na evidência podem promover a qualidade de vida, e os enormes avanços nas ciências biológicas e sociais criam agora uma oportunidade para se ampliarem esses impactos. Como refere Shonkoff (2010, p.357) “o desafio de se reduzir o fosso entre aquilo que sabemos e aquilo que fazemos para promover um desenvolvimento saudável das crianças é vermos as actuais boas práticas como um ponto de partida e pegarmos nos conceitos científicos para instigar um pensamento novo”.

O nosso interesse pela psicologia do desenvolvimento e da educação, toda a vivência pessoal e profissional junto de crianças e famílias apoiadas por organizações de solidariedade social, bem como os alertas da ciência do desenvolvimento humano para a importância das experiências precoces (Bronfenbrenner, 2005; Shonkoff, 2003; Sameroff & Fiese, 2000), levaram-nos

a definir como objecto de estudo para esta investigação o domínio da Intervenção Precoce na Infância.

A decisão de realizar a investigação sobre a qualidade dos serviços de intervenção precoce no distrito de Portalegre pretendeu-se essencialmente a duas ordens de razão:

- O facto de, na região do Alentejo, a rede de serviços em intervenção precoce ter sido iniciada após a publicação do Despacho Conjunto n.º 891/99, pelo que as Equipas de Intervenção Directa foram estruturadas de modo integrado através de acordos estabelecidos entre instituições particulares de solidariedade social e os organismos governamentais representantes das áreas da educação, da saúde e da acção social.

- A circunstância de o local onde exercíamos e exercemos, actualmente, a nossa actividade profissional, se situar num dos distritos da referida região, o que nos possibilitaria uma maior proximidade ao terreno, pois poderíamos estabelecer contactos privilegiados para acesso às equipas de intervenção precoce, permitindo também uma maior permanência no terreno e um conhecimento mais aprofundado das práticas implementadas.

O presente estudo pretende caracterizar a realidade de serviços de intervenção precoce no distrito de Portalegre, bem como avaliar o grau de implementação dos modelos teóricos internacionalmente recomendados e a adequação das práticas desenvolvidas pelos profissionais na resposta às necessidades identificadas ao nível da criança, da família e da gestão dos recursos da comunidade. Pretendeu-se ainda verificar em que medida as percepções dos profissionais de intervenção precoce acerca das suas práticas correspondiam às práticas efectivamente implementadas por estes profissionais.

A investigação que tem sido realizada tem focado, essencialmente, as percepções dos profissionais e grau de satisfação dos pais e não o que se passa verdadeiramente no decorrer do programa de intervenção (Bagnato, 2007; Pimentel, 2005; Kontos & Diamond, 2002). Definimos, por isso, como objecto de estudo, a avaliação da qualidade percebida pelos profissionais, bem

como a análise e observação das práticas efectivamente implementadas no âmbito de diferentes programas de intervenção precoce.

Assim, iniciámos a investigação com um processo de autoavaliação realizado pelos profissionais, usando como referencial para monitorizar a qualidade das práticas implementadas, o *Guía de estándares de calidad en atención temprana* (Ponte, 2004), traduzido, com autorização do autor principal, por Mendes, Gronita, Bernardo e Marques (2006). Considerámos que seria também importante realizar a caracterização dos serviços de intervenção precoce que, no distrito de Portalegre, prestam apoio às crianças em situação de risco e suas famílias, de forma a comparar as suas práticas com as recomendações internacionais. Para realizar esse objectivo construímos alguns instrumentos de modo a podermos sistematizar a informação recolhida no terreno através de análise documental e realizamos observação de tipo naturalista das práticas, complementado, assim, os dados quantitativos com dados de natureza qualitativa.

O trabalho de investigação que agora apresentamos, intitulado “Avaliação da Qualidade em Intervenção Precoce: Práticas no distrito de Portalegre” está organizado em quatro grandes capítulos.

No primeiro capítulo, explicitamos o enquadramento teórico do estudo e a revisão da literatura. Num primeiro ponto, abordam-se as perspectivas teóricas actuais em psicologia, nomeadamente no que diz respeito à evolução das perspectivas do desenvolvimento, enfatizando aquelas que maiores implicações têm tido no domínio da intervenção precoce, particularmente o modelo transaccional e modelo ecológico do desenvolvimento humano. Num segundo ponto, descrevemos os modelos conceptuais que enquadram as práticas internacionalmente recomendadas em intervenção precoce: o modelo de intervenção centrado na família, a transdisciplinaridade do trabalho em equipa, e o papel do profissional de intervenção precoce. Num terceiro ponto, expomos alguns contributos a nível da avaliação das práticas em intervenção precoce, sobretudo no que diz respeito à avaliação dos programas e dos serviços e à investigação sobre indicadores de qualidade. E, num último ponto,

concluimos com uma breve revisão da literatura sobre os modelos de intervenção precoce no contexto europeu e uma panorâmica global das práticas em Portugal.

No segundo capítulo, apresentamos o enquadramento da área da intervenção precoce, no que diz respeito aos princípios éticos e normativos legais que a orientam a nível internacional. São ainda referidos os objectivos do estudo, bem como as questões de investigação, fundamentando a sua pertinência à luz quer das directrizes das convenções internacionais, quer das recomendações de investigação no domínio da avaliação das práticas em intervenção precoce.

No terceiro capítulo, que diz respeito ao estudo empírico, expomos num primeiro ponto o método, onde apresentamos a caracterização dos participantes, descrevemos os instrumentos utilizados, bem como os procedimentos de recolha e análises de dados, que foram efectuados a dois níveis: quantitativo e qualitativo. Num segundo ponto, apresentamos os resultados, referenciando em primeiro lugar os dados relativos ao funcionamento global das equipas e à autoavaliação das práticas e, em segundo lugar, apresentamos os dados relativos à análise das práticas de apoio precoce observadas. Num terceiro ponto, discutimos os resultados a nível da organização dos serviços e dos indicadores de qualidade das práticas.

Por último, no quarto capítulo, apresentamos as conclusões do estudo, reflectindo sobre as suas possíveis implicações, quer na promoção da qualidade das práticas, quer para a investigação futura em intervenção precoce na infância.

Ao seleccionarmos os conteúdos a abordar relativamente à revisão da literatura, investigação e prática no domínio da psicologia do desenvolvimento e da educação, optamos no presente estudo, pelos trabalhos mais recentes que pensamos representarem o estado da arte em intervenção precoce.

*Nos países desenvolvidos é agora possível a um jovem, rapariga ou rapaz, formar-se na escola secundária, ou na universidade, sem nunca ter cuidado de um bebé; sem ter olhado por alguém doente, idoso, ou só; ou sem ter confortado ou ajudado outro ser humano a precisar de ajuda. As consequências desenvolvimentais desta privação humana ainda não foram cientificamente investigadas. Mas as possíveis implicações sociais são óbvias, pois todos nós – mais tarde ou mais cedo – estaremos doentes, sós, e a precisar de ajuda, conforto e companhia. Nenhuma sociedade se pode sustentar a menos que os seus membros tenham aprendido a sensibilidade, motivação e competências necessárias para cuidar de outros seres humanos.*

Urie Bronfenbrenner & Pamela Morris (2006)



# **Capítulo I**

## **Modelos Conceptuais em Intervenção Precoce**



## **1. Perspectivas teóricas actuais em psicologia**

A história da psicologia do desenvolvimento caracteriza-se por mudanças sucessivas entre perspectivas que consideram que as determinantes do comportamento individual se situam nos genes e abordagens que realçam o papel crucial das experiências do indivíduo nos seus contextos de vida diária. Na prática, a questão coloca-se quando a criança tem um problema de desenvolvimento e se procura a sua causa, sendo que, habitualmente, os pais tendem a colocar essa causa na criança e os profissionais habitualmente apontam os pais como principais responsáveis pela origem do problema. Contudo, a ciência tem demonstrado que ambos têm influência “a criança e os pais, mas também neurónios e vizinhos, sinapses e escolas, proteínas e pares, genes e governantes” (Sameroff, 2010, p.7).

Os conteúdos relativos à revisão da literatura que passamos a enunciar em seguida, centram-se nas perspectivas teóricas mais recentes no domínio da psicologia e que enquadram o estado da arte na intervenção precoce.

### **1.1. Evolução das perspectivas do desenvolvimento**

Os avanços no domínio da neurociência, da biologia molecular, das ciências sociais e do comportamento têm contribuído para aprofundarmos a nossa compreensão sobre o modo como ocorre um desenvolvimento saudável, como este pode ser prejudicado e o que as comunidades podem fazer para o impulsionar. Sabemos, actualmente, que os genes providenciam a estrutura inicial para a construção da arquitectura cerebral, que as influências ambientais afectam o modo como os circuitos neuronais se processam e sabemos ainda que as interacções entre as predisposições genéticas e as experiências precoces afectam o modo como a aprendizagem, o comportamento e a saúde física e mental se estabelecem, vindo a ser, no futuro, fortes ou débeis (Fox, Levitt & Nelson, 2010; como citado em Shonkoff, 2010).

O desenvolvimento é um processo complexo e dinâmico, que se sustenta na evolução biológica, psicológica e social. Os primeiros anos de vida constituem uma etapa do ciclo de vida especialmente crítica na qual se vão configurar as capacidades perceptivas, motoras, cognitivas, linguísticas, afectivas e sociais que possibilitarão uma adequada interacção com o meio envolvente. A investigação sobre o desenvolvimento da criança tem revelado que as famílias e as comunidades têm um papel central em providenciar relacionamentos e experiências de aprendizagem positivas de que as crianças precisam para ter um desenvolvimento saudável.

A ênfase dada pelas teorias do desenvolvimento ao papel da hereditariedade e do meio (*nature e nurture*) como explicações primárias para as diferenças individuais nos sucessos ou insucessos durante o ciclo de vida, progrediu com a ascendência em alternância de uma ou de outra (Quadro 1).

**Quadro 1 – Marcos históricos da Hereditariedade – Meio (Adaptado de Sameroff, 2010)**

<i>Era Histórica</i>	<i>Avanço Empírico</i>
1880 a 1940 Hereditariedade	Diferenças inatas Instintos
1920 a 1950 Meio	Teoria do reforço Teoria psicanalítica
1960 a 1970 Hereditariedade	Etologia Genética do comportamento Revolução cognitiva
1980 a 1990 Meio	Pobreza Ecologia social Desconstrução cultural
2000 a 2010 Hereditariedade	Biologia molecular Neurociência

O ciclo de explicações sobre o desenvolvimento, alternando entre hereditariedade e meio, constitui, também, um processo de desenvolvimento. A perspectiva dialéctica, ao enfatizar a interligação do indivíduo com o meio envolvente, sugere que se interprete a evolução da ciência do desenvolvimento de modo similar à explicação do desenvolvimento individual da criança. Sameroff (2010) propõe uma teoria unificada do desenvolvimento para integrar

mudança pessoal, meio, regulação e modelos representativos do desenvolvimento.

De acordo com o autor supracitado, a ciência contemporânea requer, pelo menos, quatro modelos para se compreender o desenvolvimento humano: (a) modelo da mudança pessoal – necessário para se compreender a progressão das competências desde a infância á idade adulta (do funcionamento sensório-motor ao cognitivo; da vinculação aos cuidadores às relações com pares e outros para além da casa e da escola; da diferenciação precoce da sua identidade às identidades culturais da adolescência e idade adulta); (b) modelo contextual – necessário para delimitar as múltiplas fontes de experiências que promovem ou restringem o desenvolvimento individual (a criança vai de forma progressiva sendo envolvida em diferentes ambientes com impactos directos ou indirectos no seu crescimento); (c) modelo de regulação – que acrescenta uma perspectiva dinâmica à relação entre pessoa e contexto (durante o desenvolvimento humano a regulação passa de biológica a psicológica e social, primariamente regula-se a temperatura e a fome, e depois surge a regulação da atenção, do comportamento e das interacções sociais; (d) modelo representativo – as experiências vivenciadas pelo indivíduo aqui e agora têm uma existência intemporal no pensamento (representações cognitivas que codificam a experiência a níveis abstractos e permitem uma estrutura interpretativa de novas experiências, tal como o sentido de si e dos outros). A conjunção destes quatro modelos dá uma visão abrangente do todo e das suas partes, bem como da sua interligação no processo do desenvolvimento humano.

Os efeitos da intervenção precoce têm sido uma preocupação recorrente na psicologia do desenvolvimento. Ter um maior conhecimento sobre a natureza da plasticidade humana é um aspecto fulcral para os esforços na prevenção de problemas do desenvolvimento e na promoção de um funcionamento adaptado. A abordagem evolucionista sugere que as crianças variam na sua susceptibilidade às influências ambientais, incluindo a parentalidade. Considerando que a evidência nos indica que determinadas

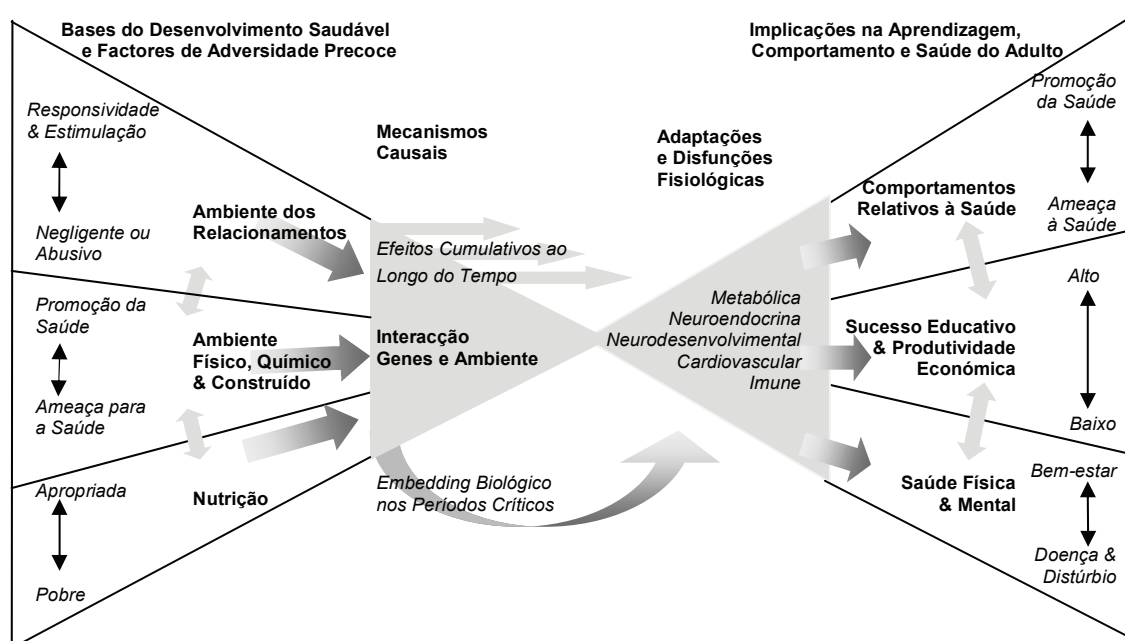
crianças, por exemplo crianças com comportamentos desafiantes ou com determinados genótipos, são mais vulneráveis aos efeitos adversos de experiências negativas, o que é um dado comumente aceite, poderá considerar-se que elas serão mais susceptíveis tanto a experiências positivas como a experiências negativas, como referem Belsky e Pluess (2009).

Estes autores consideram que, com os dados actuais relativos aos estudos sobre resiliência, desenvolvimento fetal e psicologia do desenvolvimento, tem sido dada uma ênfase desproporcionada aos efeitos das experiências negativas no desenvolvimento e, por isso, corremos o risco de deturpar a compreensão sobre o processo do desenvolvimento humano. Assim, se as crianças que são particularmente vulneráveis à adversidade são também, como a teoria e a evidência empírica começam a sugerir, desproporcionadamente susceptíveis aos efeitos benéficos de experiências positivas, isto implica, ao focalizarmos a nossa atenção na plasticidade da natureza humana, que se tenha em consideração a influência no desenvolvimento tanto das vivências adversas como das positivas.

Se o stress pré-natal não só promove um temperamento difícil ou reactividade fisiológica ou até problemas de comportamento, mas regula a susceptibilidade à experiência pós-natal (...), então a nossa obsessão com os distúrbios no desenvolvimento levar-nos-á a uma construção errada sobre o modo como se processa o desenvolvimento. Estes erros, baseados na enorme ênfase que a psicologia dá à privação de saúde mental e aos problemas do desenvolvimento, irá afectar não só o modo como pensamos e estudamos o desenvolvimento humano, mas também o modo como procuramos promovê-lo. E isto porque o conhecimento sobre a plasticidade humana deve abrir caminho para intervenções mais efectivas, sejam elas na busca da prevenção para os problemas antes que estes se desenvolvam, remediá-los uma vez que tenham surgido, ou para promover o bem-estar sem preocupações com os riscos do desenvolvimento (Belsky & Pluess, 2009, p. 349).

Um princípio fundamental da psicologia do desenvolvimento é o de que a experiência precoce tem um efeito profundo no desenvolvimento humano. As crianças, vistas no passado como recipientes passivos da estimulação, são agora compreendidas como participantes activos nos contextos físicos e sociais que as rodeiam. A aprendizagem tem lugar desde uma idade muito precoce e estabelece a trajectória do comportamento futuro. Este princípio preconiza que durante o desenvolvimento precoce há períodos críticos, que de acordo com Fox e Rutter (2010) são vistos como “janelas de oportunidade”, durante os quais determinados tipos de experiências têm um efeito basilar no desenvolvimento de capacidades ou competências.

Apesar de os princípios básicos do desenvolvimento terem sido bem estabelecidos ao longo do tempo, os avanços nas ciências biológicas e sociais oferecem, actualmente, uma oportunidade para formular um enquadramento mais alargado no sentido de promover uma nova geração de políticas e práticas para a intervenção precoce na infância (Shonkoff, 2010). As bases para este novo enquadramento são sublinhadas por uma evidência rica e crescente que ilustra a extensão em que as experiências precoces são marcadas biologicamente no âmbito do desenvolvimento dos múltiplos sistemas orgânicos, com impactos a longo termo na regulação metabólica, na saúde, bem como na mestria das competências cognitivas, linguísticas e sociais. Quando as experiências precoces são estimulantes, contingentes, adequadas e previsíveis, promove-se um desenvolvimento saudável do cérebro e a regulação dos sistemas orgânicos é facilitada. Quando as experiências precoces são vivenciadas como ameaças, incertezas, negligência ou abuso, a gestão dos sistemas de stress é super activada e as consequências incluem distúrbios no desenvolvimento dos circuitos cerebrais, bem como consequente aumento de vulnerabilidade a doenças crónicas (ver Figura 1). Os elementos básicos do enquadramento biodesenvolvimental estão organizados em três grandes domínios: (a) as interacções entre as bases de um desenvolvimento saudável e factores de adversidade precoce; (b) as medidas de adaptação ou disfunção fisiológica; e (c) os resultados positivos ou negativos na aprendizagem, comportamento e saúde.



**Figura 1 – Abordagem biodesenvolvimental para compreender as origens e disparidades da aprendizagem, comportamento e saúde (Adaptado de Shonkoff, 2010)**

Os avanços no desenvolvimento de programas de intervenção precoce evidenciam o papel positivo das experiências precoces no fortalecimento da arquitectura cerebral e a crescente compreensão de como a adversidade afecta os circuitos cerebrais e influencia a aprendizagem, o comportamento, bem como a saúde mental e física ao longo da vida. Para além disso, tal como refere Shonkoff (2010, p.365), “a neurobiologia diz-nos que, quanto mais tempo esperarmos para investir nas crianças que estão em risco, mais difícil será atingir resultados positivos, particularmente para aquelas que experienciaram disfunções biológicas precoces”.

## 1.2. Modelo transaccional e modelo ecológico

As políticas e as práticas em intervenção precoce na infância têm tido como referencial, durante as últimas décadas, modelos teóricos do desenvolvimento humano que têm vindo a ser aperfeiçoados ao longo do tempo. Estes modelos teóricos incluem o modelo transaccional formulado por Sameroff (2009; Sameroff & Fiese, 2000) e o modelo bioecológico enunciado por Bronfenbrenner (2005; Bronfenbrenner & Morris, 2006). Em conjunto, estes

modelos sublinham a forma como o desenvolvimento é influenciado pela interacção entre factores de risco e factores de protecção que podem ser identificados a nível individual, familiar, comunitário e nos contextos sociais e económicos. Cada um destes modelos também enfatiza a influência mútua das interacções adulto-criança no processo de desenvolvimento, salientando a importância de relacionamentos apropriados, bem como o reconhecimento do papel activo da criança no seu próprio desenvolvimento.

A perspectiva actual em intervenção precoce na infância realça a necessidade de focar aspectos relativos à criança, mas também de considerar, para além da criança, o seu ambiente (família e comunidade), de forma a possibilitar uma análise contextualizada dos problemas do desenvolvimento. Esta perspectiva, inspirada nos princípios básicos da abordagem bioecológica do desenvolvimento humano destaca, assim, a importância de se estudar o desenvolvimento nos diferentes contextos de vida da criança.

De facto, a perspectiva ecológica em psicologia realça a necessidade de analisar a natureza das relações entre pessoas, grupos, organizações, em diferentes contextos socioeconómicos bem com a forma como essas relações e acontecimentos influenciam, tanto directa como indirectamente, o funcionamento da família, as atitudes e competências parentais, o desenvolvimento e comportamento da criança, e outros aspectos do funcionamento humano (Dunst, 2004). Estas noções são explicitadas na definição de ecologia do desenvolvimento humano, referida como o estudo científico da acomodação progressiva e gradual, ao longo da vida, entre um organismo activo, em crescimento e altamente complexo – caracterizado por um conjunto complexo específico de capacidades inter-relacionadas e em evolução, para pensar, sentir e agir – e as propriedades em mudança dos cenários imediatos onde a pessoa em desenvolvimento vive, sofrendo este processo a influência das relações que se estabelecem entre estes cenários e os contextos mais alargados nos quais estes cenários estão inseridos (Bronfenbrenner & Morris, 2006).

O modelo de ecologia social proposto por Bronfenbrenner (2005) identifica as influências distais relativas à família, à escola, ao trabalho e cultura, na disponibilização de reforços para a criança, constituindo um modelo empírico compreensível para se predizerem as diferenças individuais no desenvolvimento. Assim, ao mesmo comportamento da criança podem ser dados diferentes significados em diferentes sociedades, levando a diferentes consequências no desenvolvimento, e no sentido oposto, a diferentes comportamentos pode ser dado o mesmo significado conduzindo às mesmas consequências.

O estudo científico do desenvolvimento é actualmente caracterizado pelo compromisso em compreender as relações dinâmicas entre desenvolvimento individual e a integração da ecologia multi-nível do desenvolvimento humano. De acordo com Lerner (2005), a plasticidade associada ao envolvimento activo da criança nos seus contextos legitima uma abordagem optimista relativamente à possibilidade de aplicação da ciência do desenvolvimento na melhoria dos contextos de vida. Nesta perspectiva, o processo básico do desenvolvimento humano pode ser estimulado e aprimorado através da aplicação de políticas e programas desenhados para promover um desenvolvimento saudável.

De acordo com Bronfenbrenner e Morris (2006), o modelo de conceptualização do sistema integrado do desenvolvimento humano inclui quatro componentes: (a) o *processo* desenvolvimental, que inclui a relação dinâmica do indivíduo e do contexto; (b) a *pessoa*, com o seu reportório individual, biológico, cognitivo, emocional e comportamental; (c) o *contexto*, conceptualizado como um conjunto concêntrico de níveis ou sistemas da ecologia do desenvolvimento humano<sup>2</sup>; (d) o *tempo*, conceptualizado como ligação das múltiplas dimensões de temporalidade. Estes autores referem que

---

<sup>2</sup> Bronfenbrenner (1979) concebeu o modelo teórico “a ecologia do desenvolvimento humano” como um conjunto inter-relacionado de sistemas: *microsistema* - o ambiente em que o indivíduo interage num dado momento da sua vida; *mesossistema* - o conjunto dos microsistemas que constituem o nicho do desenvolvimento individual num dado período do desenvolvimento; *exossistema* - os contextos que embora não directamente implicados no desenvolvimento têm influência no comportamento e desenvolvimento da pessoa (por exemplo, trabalho dos pais); e, *macrossistema* - o nível que implica a cultura, macro-instituições e políticas públicas, e que influencia a natureza das interações em todos os outros níveis da ecologia do desenvolvimento humano.

os processos proximais são os principais motores na promoção do desenvolvimento e consideram que estes processos variam sistematicamente como uma função conjunta das características da pessoa em desenvolvimento, do ambiente (imediate e remoto) no qual o processo tem lugar, da natureza dos resultados do desenvolvimento e das mudanças sociais que ocorrem ao longo do tempo durante o ciclo de vida e do período histórico durante o qual a pessoa vive.

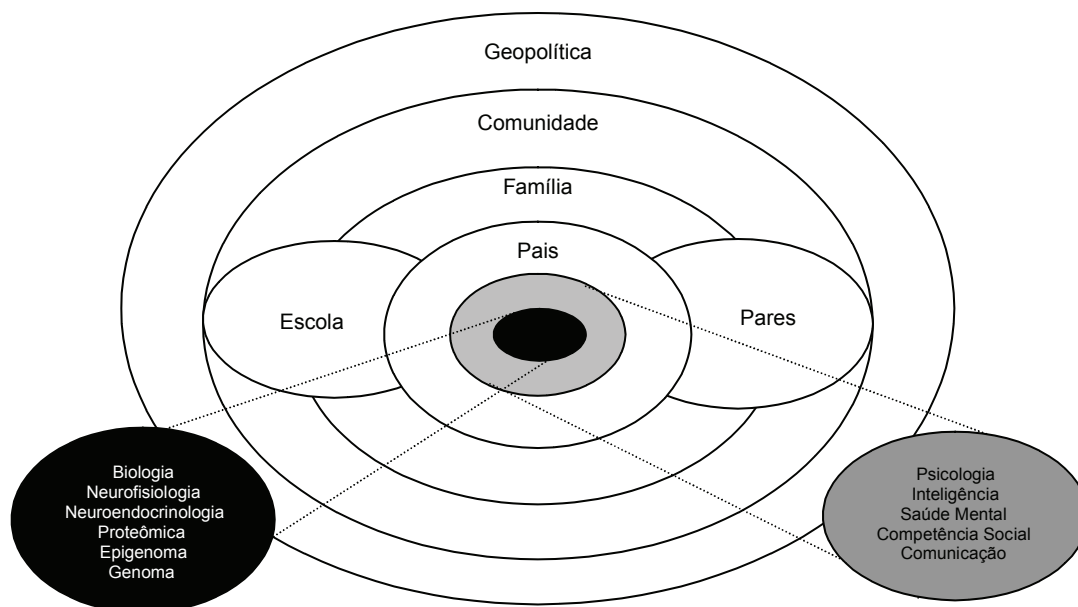
Sameroff e Fiese (2000) baseiam-se no modelo ecológico para enumerar os factores que afectam a competência da criança, desde factores proximais como os cuidados parentais, que têm uma influência directa sobre o comportamento da criança, até aos factores sociais e económicos que a afectam através da acção dos outros. Os autores destacam que nenhum factor constitui, por si só, um risco ou uma oportunidade para o desenvolvimento das crianças. Ou seja, não se pode isolar um factor como responsável pelos bons ou maus resultados desenvolvimentais. Do ponto de vista da intervenção, isto significa que é pouco provável que se possam encontrar programas universais para os problemas das crianças. Na sua análise ecológica do desenvolvimento, estes autores sublinham que, para além da ênfase dada ao contexto, não se pode perder de vista o importante papel que jogam as diferenças individuais da criança, na medida em que ela influencia o ambiente e é influenciada por ele.

De facto, o modelo transaccional considera o desenvolvimento como um produto das interacções dinâmicas, contínuas e bidireccionais, que se estabelecem entre a criança e as experiências que lhe são proporcionadas pela família e pelo contexto social (Sameroff, 1975; como citado em Bairrão & Almeida, 2003).

As componentes do modelo proposto por Sameroff (2010), que de modo unificado enquadra o desenvolvimento humano, englobam os domínios psicológicos (áreas de inteligência a nível cognitivo e emocional, saúde mental, competência social e identidade, entre outros) que são servidos e interagem com os processos biológicos (neurofisiologia, neuroendocrinologia, proteômica, epigenoma e genoma); estes sistemas de auto-regulação interagem com

outros sistemas de regulação, que representam os diferentes ambientes da ecologia social, incluindo a família, a escola, a vizinhança, a comunidade e as influências geopolíticas (ver Figura 2). Considerados em conjunto estes domínios enquadram os aspectos bio-psico-sociais do indivíduo em contexto.

É, pois, evidente a importância de se identificarem as diferentes fontes de regulação do desenvolvimento humano para se promoverem os resultados da intervenção. Assim, há a organização biológica, inicialmente conceptualizada como *genótipo*, que regula os aspectos físicos do desenvolvimento de cada indivíduo ao longo do ciclo de vida; e, há o *mesótipo*, resultado da combinação dos principais contextos que afectam o desenvolvimento da criança, que consiste nos padrões de socialização familiar e cultural, análogos ao genótipo biológico (Sameroff, 2009). O comportamento da criança é em qualquer momento, um produto das transacções entre o *fenótipo*, ou seja a pessoa, o *mesótipo*, isto é a fonte de experiência externa, e o *genótipo*, que é a fonte de organização biológica.



**Figura 2 – Sistema ecológico bio-psico-social (Adaptado de Sameroff, 2010)**

A inovação do modelo transaccional é a sua visão igualitária sobre os efeitos da criança e do ambiente, de modo que as experiências proporcionadas pelo ambiente não se concebem como independentes da criança. Este modelo

transaccional tem assim implicações muito importantes para a intervenção precoce, especialmente no que se refere à identificação de objectivos e sobretudo estratégias de intervenção. O modelo transaccional tem sido usado como base em muitos programas de intervenção para promover o desenvolvimento das crianças e famílias. As características das crianças, manifestas nas interações entre a criança e as figuras parentais e nos contextos ecológicos e socioeconómicos, estão abertas à mudança. Assim, de acordo com Sameroff (2009), o profissional a intervir deverá utilizar a análise transaccional para descobrir as condições em que ocorrem descontinuidades positivas (isto é, quando uma mudança num dos parceiros cria a oportunidade de reorganizar o comportamento no outro, ou uma mudança num ambiente reorganiza o outro ambiente). Esta análise identifica oportunidades e também limites nos esforços da intervenção para promover o desenvolvimento.

Tal como preconizam Bairrão e Almeida (2003), é importante ter-se presente que quando se referencia a perspectiva ecológico-transaccional do desenvolvimento humano, há implicações conceptuais e organizacionais, nomeadamente, na forma como se estruturam os serviços e recursos a nível da intervenção precoce para responder adequadamente às necessidades das criança e das famílias.

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

Jack Shonkoff (2010)

## 2. Práticas recomendadas em intervenção precoce

O modo como a sociedade vê a infância está actualmente sob o efeito de uma mudança de paradigma, com base na evolução das ideias e das teorias, e que conduz a uma nova compreensão do desenvolvimento educacional da criança (a nível social e emocional, bem como académico), da saúde mental, do bem-estar e da felicidade (Carpenter, Blackburn & Egerton, 2009). Esta compreensão, que se deve muito à colaboração entre as disciplinas da educação e da neurociência, levam a uma maior consciencialização dos factores que influenciam o desenvolvimento das crianças e famílias, cujos alicerces podem requerer apoio extra no domínio da Intervenção Precoce na Infância<sup>3</sup>.

A nível europeu, um novo conceito de Intervenção Precoce na Infância está a evoluir, no qual saúde, educação e ciências sociais (particularmente a psicologia) estão directamente envolvidas, focando o desenvolvimento da criança e o impacto da interacção social no desenvolvimento humano em geral e especificamente na criança. Isto reflecte uma mudança no tipo de intervenção que se focava principalmente na criança, para uma abordagem mais focada na família e no ambiente, correspondendo a uma abordagem mais abrangente na forma de perspectivar a deficiência, reflectindo a evolução de um “modelo médico” para um “modelo social”<sup>4</sup> (Eurllyaid, 2009).

A Intervenção Precoce, de acordo com Bairrão (2006), é uma abordagem multidisciplinar, geralmente um conjunto de recursos para crianças em risco ou com risco já adquirido (biológico, social, ou compósito), que abarca a população dos zero aos seis anos; podendo revestir várias modalidades de

---

<sup>3</sup> As acções no enquadramento da *Intervenção Precoce na Infância* abrangem crianças entre os zero e os seis 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 (Decreto-Lei nº 281/2009).

<sup>4</sup> No *modelo social*, a deficiência é vista como um produto de barreiras físicas, organizacionais e atitudinais presentes na sociedade em que vivemos e não como um “defeito” de uma pessoa com deficiência, ou uma consequência inevitável das suas incapacidades.

intervenção, nomeadamente nos contextos familiares, educativos ou noutros locais de guarda ou cuidados onde tais crianças se encontram.

Nesta definição estão implícitos três conceitos fundamentais, com implicações para a estruturação dos serviços na área da Intervenção Precoce na Infância (IPI), a saber: (a) prevenção primária (evitar que as dificuldades ocorram); (b) prevenção secundária (melhorar as dificuldades com vista à sua eliminação); (c) prevenção terciária (melhorar e não permitir o agravamento das dificuldades já adquiridas). A vertente preventiva, nomeadamente no que diz respeito à prevenção primária e secundária, dirige-se especialmente ao atendimento de crianças em situação de risco biológico, tal como a crianças oriundas de meios desfavorecidos ou sujeitas a outras condições de risco ambiental.

A investigação e a experiência prática têm evidenciado que a intervenção precoce minimiza os efeitos adversos dos factores de risco associados aos atrasos de desenvolvimento ou a deficiências e que facilita a promoção do desenvolvimento (Dunst, 2004; Guralnick, 2004; Snyder, 2006).

As práticas recomendadas em intervenção precoce estão organizadas em domínios lógicos, os quais se reportam a serviços directos e a apoios indirectos relevantes para esta área de intervenção. De acordo com Sandall, McLean e Smith (2005), os serviços directos incluem: avaliação; práticas focadas na criança; práticas baseadas na família; modelos interdisciplinares; e, tecnologias de apoio. Por sua vez os serviços indirectos incluem: políticas, procedimentos e sistemas de intercâmbio; e, formação dos profissionais.

## **2.1. Modelo de intervenção centrado na família**

Numerosos estudos referem que as actividades de intervenção precoce centradas na criança só podem ter um efeito modesto no seu desenvolvimento, principalmente quando estas são implementadas essencialmente pelos profissionais, com pouca ou nenhuma participação da família. As mudanças são difíceis de conseguir, e o modelo tradicional de apoio à criança em uma ou duas sessões por semana tem pouca probabilidade de influenciar o seu

desenvolvimento (McWilliam, 2003). A participação dos pais é uma componente essencial das práticas de intervenção precoce actuais, que se enquadram numa abordagem centrada na família. A ênfase nas práticas centradas na família evoluiu a partir dos desenvolvimentos teóricos no domínio da intervenção precoce nos últimos trinta anos (Aytch, Castro, & Selz, 2004). Inclui-se aqui o crescente reconhecimento que: (a) as interacções entre pais e crianças têm um papel crítico no desenvolvimento (Bruder, 1997); (b) os resultados da intervenção são mais positivos quando os programas enquadram esforços concertados para trabalhar com os pais (Dunst, 1998a, 1998b); (c) e, o enquadramento legal que estabelece a organização dos serviços de intervenção precoce deverá promover a participação activa das famílias em todas as etapas do processo e na tomada de decisões (estas preocupações estavam patentes no DC nº 891/99).

As características operacionais dos modelos de empoderamento, baseados nas forças e recursos da família, fazem parte de um novo paradigma para conceptualizar, desenvolver e implementar diferentes tipos de programas e práticas<sup>5</sup> no domínio da intervenção precoce (Dunst, Johanson, Trivette, & Hamby, 1991). Os resultados da investigação têm vindo a corroborar que as práticas baseadas neste novo paradigma produzem mais benefícios que as práticas tradicionais (ver Quadro 2).

A identificação e operacionalização propostas por Dunst (2004) para um modelo de intervenção centrado na família incidem em aspectos-chave do sistema familiar:

---

<sup>5</sup> Estes autores descrevem um contínuo de quatro modelos, ao longo do qual as práticas dos profissionais se situam, de um modelo centrado no profissional num extremo ao modelo centrado na família no outro:

*Modelo centrado no profissional* – os profissionais são os peritos; espera-se que as famílias deleguem no profissional, que toma as decisões;

*Modelo aliado à família* – os profissionais continuam a identificar as necessidades da criança e da família e definem a intervenção, mas vêem as famílias como capazes de implementar a intervenção;

*Modelo focado na família* – os profissionais vêem as famílias como consumidores que, com assistência, podem escolher entre várias opções identificadas e apresentadas à família pelos profissionais;

*Modelo centrado na família* – os profissionais vêem as famílias como parceiros com igualdade de estatuto, e como os últimos decisores. A intervenção é individualizada, flexível e responsiva às necessidades identificadas de cada criança e família.

As componentes do modelo (preocupações e prioridades da família, competências e talentos da família, apoios e recursos familiares/comunitários) enquadram as relações entre os desejos da família, os apoios e os recursos necessários para atingir os resultados desejados, e uso das capacidades individuais e colectivas da família para mobilizar a rede de suporte social. As componentes das práticas da intervenção centrada na família definem os procedimentos implementados pelos profissionais para simultaneamente apoiarem e fortalecerem o funcionamento da família, bem como promoverem a aquisição de competências no sentido de a família adquirir os recursos e resultados desejados (Dunst, 2004, p.271).

**Quadro 2 – Definição das características de abordagens divergentes na conceptualização e implementação da Intervenção Precoce (Adaptado de Dunst, 2004)**

<i><b>Novo Paradigma</b></i>	<i><b>Paradigma Tradicional</b></i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Modelos de promoção:</i> Focados na promoção e optimização de competência e funcionamento positivo</li> <li>• <i>Modelos de capacitação:</i> Criam oportunidades para as pessoas exercerem as suas capacidades, bem como desenvolver novas competências</li> <li>• <i>Modelos baseados nas forças:</i> Reconhecem as potencialidades das pessoas e ajudam-nas a usarem essas competências para fortalecer o seu funcionamento</li> <li>• <i>Modelos baseados nos recursos:</i> Definem as práticas em termos de uma enorme variedade de oportunidades e experiências na comunidade</li> <li>• <i>Modelos centrados na família:</i> Vêm os profissionais como responsivos e agentes da família</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Modelos de tratamento:</i> Focados na remediação do problema, ou doença, e na sua consequência</li> <li>• <i>Modelos de perito:</i> Dependem do saber do profissional para resolver os problemas das pessoas</li> <li>• <i>Modelos baseados no défice:</i> Focados na correcção das fragilidades das pessoas ou nos problemas</li> <li>• <i>Modelos baseados nos serviços:</i> Definem as práticas em termos de serviços profissionais</li> <li>• <i>Modelos centrados nos profissionais:</i> Vêm os profissionais como peritos que determinam as necessidades das pessoas em função da sua própria perspectiva</li> </ul>

De acordo com Serrano (2008), as redes de apoio social revestem-se de importância fundamental para a resposta às necessidades da crianças e da família, abandonando-se, assim, um paradigma de intervenção precoce mais tradicional, centrado unicamente na criança, para passar a considerar o seu

desenvolvimento num campo de compreensão que envolve factores proximais e distais do seu ambiente de crescimento.

As práticas centradas na família colocam as famílias num papel central na tomada de decisões perspectivando as necessidades e recursos da criança, bem como as necessidades e recursos dos pais, à luz das prioridades da família. A dinamização de oportunidades de aprendizagem para a criança em contextos de vida diária, o apoio aos pais, a mobilização dos recursos da família e da comunidade, constituem factores que fortalecem as capacidades e promovem as competências da criança, pais e família. Numa abordagem centrada na família, os apoios incluem informação, aconselhamento, e orientação, que tanto fortalecem o conhecimento e capacidades parentais como promovem a aquisição de novas competências necessárias para cuidar da criança e criar oportunidades de desenvolvimento e aprendizagem (Carpenter, 2007). Este paradigma na abordagem dos serviços em intervenção precoce tem repercussões importantes no papel do profissional desta área, assunto a que voltaremos em secção posterior do presente trabalho.

O principal objectivo e filosofia subjacentes à abordagem baseada na participação, tem sido promover o envolvimento da criança nas actividades e rotinas da família e da comunidade. De acordo com Sawyer e Campbell (2009), os profissionais planeiam a intervenção com a criança através de estratégias direccionadas aos cuidadores para promoverem a sua participação e aprendizagem, nomeadamente através da definição de objectivos individuais de aprendizagem inseridos nas rotinas e actividades da criança e da família, adaptando-as, bem como aos materiais. Contudo, estes autores referem que os profissionais podem não acreditar nos serviços baseados na participação e a investigação revela que estas práticas não estão generalizadas.

As visitas domiciliárias<sup>6</sup> são já uma prática corrente nos serviços de intervenção precoce. No entanto, muitos profissionais ainda não “despiram a pele” de especialistas, e por isso continuam a realizar, muitas vezes, no

---

<sup>6</sup> McWilliam define *visita domiciliária* como um encontro com a família num local onde esta naturalmente estaria se a sua criança não estivesse a ser apoiada, que poderá ser em casa ou num contexto comunitário (2003, p. 125).

contexto de vida da criança, actividades educativas e terapêuticas com características do paradigma tradicional. A literatura revela que a intervenção mais eficaz nas visitas domiciliárias é aquela que é realizada através dos elementos adultos da família. Assim, de acordo com McWilliam (2003), a principal diferença entre o paradigma tradicional e o novo paradigma é a de que o profissional que visita a família não deve ser o responsável pela implementação da intervenção, devendo assumir o papel de ajudar a família a estruturar estratégias e a implementá-las.

Tal como refere o autor supra citado, “as intervenções com as crianças estão sempre a acontecer, quer gostemos ou não, porque as famílias interagem com as suas crianças” (p.130). Por isso, o profissional deve ter conhecimento suficiente para orientar as famílias na intervenção de forma mais específica, e na interacção diária com a criança, de forma mais global, em função de diferentes problemáticas, idades, e famílias, recorrendo, sempre que necessite, ao apoio de outros especialistas.

Um adulto, prestador de cuidados diários, confiante e competente, estará mais disponível para cooperar e terá muito mais impacto na criança do que os apoios directos semanais prestados pelos profissionais. Steelman, Assel, Swank, Smith e Landry (2002; como citados em McWilliam, 2003), referem que a maior influência no desenvolvimento da criança se deve aos cuidados parentais. Assim, a intervenção precoce pode ter um impacto considerável nos cuidados parentais, na medida em que o programa de intervenção pode promover a confiança e competência da família.

A literatura aponta para o facto de que os programas de maior sucesso são aqueles em que profissionais e famílias colaboram entre si, fazendo estas parte integrante da equipa (McWilliam, Winton, & Crais, 2003).

## **2.2. Papel do profissional de intervenção precoce**

Com base nas mudanças de paradigma anteriormente exposto e num período relativamente curto, tal como referem Buysse e Wesley (2005), os papéis e as responsabilidades dos profissionais de intervenção precoce

mudaram drasticamente. Esta mudança deveu-se, em grande medida, à necessidade de fazer corresponder as práticas a conceitos veiculados nas abordagens teóricas atrás referidas, bem como a políticas que preconizavam intervenções dirigidas às crianças com necessidades especiais e às suas famílias, em estreita cooperação com estas, nos seus contextos de vida naturais. Como resultado, o papel dos profissionais expandiu-se de uma intervenção *directa*, providenciando terapia e ensino, para prestarem também serviços *indirectos* sob a forma de parcerias colaborativas com pais e educadores. Ainda que a necessidade dos profissionais trabalharem directamente com as crianças com incapacidades se mantenha, há uma necessidade urgente de métodos para trabalhar de modo colaborativo com outros adultos e atender às suas prioridades e preocupações em relação à aprendizagem e ao desenvolvimento das crianças.

Contudo, subsiste a necessidade de os profissionais de intervenção precoce compreenderem o delicado equilíbrio entre os papéis de prestação de serviços directos e indirectos, alternando, conforme necessário, do ensino ou terapia dirigida à criança para a oferta de serviços indirectos de consultoria para pais e educadores (Dinnebeil, Miller, & Stayton, 2002).

Bailey e Wolery (1992) estabelecem, com base nos níveis do sistema ecológico, as funções que os profissionais de intervenção precoce deverão desempenhar, a nível da planificação, organização e prestação de serviços (ver Quadro 3).

**Quadro 3. Níveis de um sistema ecológico na planificação, organização e prestação de serviços em Intervenção precoce (Adaptado de Bailey & Wolery, 1992)**

<i>Níveis do Sistema</i>	<i>Definição</i>	<i>Exemplos</i>	<i>Tarefas do profissional</i>
<b>Criança</b>	Crianças em risco ou com incapacidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crianças com condição já estabelecida</li> <li>- Crianças vulneráveis a nível biológico</li> <li>- Crianças alvo de maus-tratos</li> <li>- Crianças oriundas de famílias de risco</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter conhecimentos sobre o desenvolvimento e características da criança</li> <li>- Ter conhecimentos sobre os efeitos e as condições que conduzem a “desvantagens”</li> <li>- Avaliar as necessidades e forças da criança</li> <li>- Definir e implementar “cuidados” e actividades de aprendizagem para a criança</li> </ul>

Continua...

... Continuação do Quadro 3

<b>Microsistema</b>	Contextos de vida, onde a criança passa uma parte significativa do seu tempo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Casa dos pais ou familiares</li> <li>- Vizinhos ou amas</li> <li>- Creche ou jardim-de-infância</li> <li>- Hospital</li> <li>- Outras modalidades de atendimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer as características dos contextos de vida da criança</li> <li>- Compreender a influência desses contextos no comportamento e desenvolvimento da criança</li> <li>- Trabalhar com e nesses diferentes contextos de vida</li> <li>- Adequar os contextos em função das necessidades da criança</li> <li>- Ajudar a criança a adaptar-se às exigências dos contextos</li> <li>- Comunicar de forma eficaz com os adultos nesses contextos</li> <li>- Avaliar as necessidades e recursos (forças) da família</li> </ul> <p style="text-align: center;">Prestar consultoria.</p>
<b>Mesosistema</b>	Inter-relação entre os microsistemas a que a criança pertence	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relações pais e educadores</li> <li>- Relações pais com serviços: saúde, educação, acção social, organizações privadas, etc.</li> <li>- Relações entre profissionais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconhecer e ajudar a resolver problemas: entre profissionais, entre contextos, e entre pais e profissionais</li> <li>- Conhecer e utilizar estratégias eficazes de comunicação</li> <li>- Participar e promover o trabalho em equipa</li> <li>- Servir de defensor dos direitos das crianças e famílias</li> <li>- Promover a participação da família em reuniões e na tomada de decisões</li> <li>- Facilitar a transição entre Programas</li> </ul>
<b>Exossistema</b>	Estruturas sociais concretas que influenciam as actividades do Microsistema	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Serviços estatais e particulares da comunidade</li> <li>- Contexto laboral dos pais</li> <li>- Organizações da comunidade e de vizinhança</li> <li>- Grupos de defesa dos direitos dos cidadãos</li> <li>- Sistema de transportes</li> <li>- Comunicação social</li> <li>- Sistemas de saúde, Acção Social e Educação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer e aderir aos regulamentos do serviço</li> <li>- Promover a melhoria nas orientações dos serviços</li> <li>- Actuar como “responsável de caso” e avaliar as famílias no acesso aos vários componentes do exossistema</li> <li>- Compreender a influência das estruturas sociais no funcionamento da família</li> <li>- Analisar as atribuições e a coordenação de serviços a nível local, regional e estatal</li> <li>- Conhecer o leque de programas e de serviços disponíveis</li> <li>- Implicar as famílias em decisões acerca das políticas e praticas de intervenção</li> <li>- Reconhecer a importância das redes de suporte informais</li> </ul>
<b>Macrossistema</b>	Contexto cultural, legislativo e jurídico onde o Micro, o Meso e o Exossistema se inserem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Legislação</li> <li>- Decisões dos Tribunais</li> <li>- Atitudes e normas sociais prevaletentes</li> <li>- Princípios e questões éticas, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Justificar a necessidade de serviços para a população</li> <li>- Actuar na defesa dos direitos dos serviços</li> <li>- Avaliar os serviços dentro do seu contexto social e se correspondem a decisões oficiais e sociais mais vastas</li> <li>- Contribuir activamente para o desenvolvimento de novos serviços e para reorganização dos já existentes</li> <li>- Compreender o contexto mais vasto onde as famílias têm de funcionar</li> <li>- Compreender o contexto mais vasto onde se inserem creches, hospitais,...</li> </ul>

Os múltiplos papéis que os profissionais de intervenção precoce têm que desempenhar podem ser enquadrados, segundo Buysse e Wesley (2005), em três grandes metas: a) planejar, implementar e avaliar a intervenção com crianças e famílias; b) promover cuidados básicos e educação de elevada qualidade; c) impulsionar o desenvolvimento profissional e este domínio de intervenção. O objectivo fulcral da sua intervenção é melhorar a qualidade de vida para a criança e sua família. A meta que está mais associada a esta missão é a planificação, implementação e a avaliação da intervenção sob a forma de serviços directos prestados às crianças e famílias. As outras duas metas são familiares aos profissionais, mas requerem maior atenção, particularmente no momento actual.

Quanto mais profissionais prestarem serviços em contextos de intervenção precoce na comunidade, maior ênfase é necessário colocar na colaboração com outros adultos, no sentido de serem dadas resposta às prioridades e preocupações que estes adultos expressam relativamente a crianças específicas, assim como para se melhorar a qualidade global do programa de intervenção precoce para todas as crianças (Buysse & Wesley, 2005, p.4).

Neste sentido as autoras referem a pertinência do conceito de prática baseada na evidência<sup>7</sup> em Intervenção Precoce, que se caracteriza por um processo activo de tomada de decisão, e que é distinto das listagens de práticas, incluindo as listagens de práticas recomendadas. Tais listagens, ao oferecerem orientações gerais, podem não ser apropriadas em todas as circunstâncias. As práticas baseadas na evidência referem-se a um processo sistemático que os promotores dos serviços utilizam e que os capacita para tomarem decisões informadas acerca da prática, as quais beneficiam directamente as crianças e suas famílias. Contudo, para apoiar o processo de tomada de decisões numa intervenção baseada na evidência, os profissionais e as famílias podem consultar listagens de práticas recomendadas. As práticas baseadas na evidência requerem atenção às circunstâncias locais, valores do

---

<sup>7</sup> Buysse e Wesley (2005) definem *prática baseada na evidência*, no âmbito intervenção precoce, como um processo de tomada de decisão que integra a melhor evidência da investigação com saberes e valores da família e dos profissionais.

consumidor, e conhecimento individual sobre a criança e a família (Snyder, 2006).

Tornar a intervenção precoce “baseada na evidência”, requer que os profissionais aprendam a pensar de forma crítica, analisem perspectivas alternativas e prestem particular atenção ao raciocínio implícito no processo de tomada de decisão, bem como às acções que resultam desse processo. Devem, sobretudo, prestar atenção a pontos de vista opostos, de forma a clarificar as tomadas de decisão, e para que continuamente verifiquem as suas próprias conjecturas sobre o que significa a prática baseada na evidência face às percepções dos outros (colegas, coordenadores, investigadores, políticos, supervisores, professores, entre outros). Adotar esta prática implica que, inevitavelmente, se queiram correr riscos, num esforço de honrar o compromisso de descobrir o melhor conjunto de serviços e apoios para as crianças e suas famílias, tal como refere Gambrill (2000; como citado em Buysse & Wesley, 2006).

As autoras supra mencionadas citam alguns estudos, efectuados no Reino Unido sobre práticas baseadas na evidência, cujos resultados sugerem que esta abordagem poderá ter potenciais benefícios, visto que a ênfase na recolha e disseminação do saber torna o conhecimento acessível e transparente para quem o deseje; as práticas consideradas eficazes podem ser imediatamente adoptadas e as ineficazes identificadas e excluídas; a clivagem entre investigação, política e prática é ponderada; os pais e profissionais são capacitados a confiarem na evidência para tomarem decisões informadas e participarem na produção de novo conhecimento.

Nesta ordem de ideias, Odom e Wolery (2003) propõem uma teoria *unificada* da prática em intervenção precoce, decorrente de diferentes perspectivas teóricas a nível da psicologia e educação. Assim, identificam e explicam um conjunto de padrões associados a práticas baseadas na evidência identificadas como tendo resultados positivos para as crianças e famílias. Bem como para a qualidade dos serviços prestados: (a) as famílias e as suas casas são os contextos de cuidados primários; (b) fortalecer as relações é um

aspecto essencial em IP; (c) as crianças apreendem actuando e observando os seus ambientes; (d) os adultos são mediadores das experiências das crianças na promoção de aprendizagem; (e) a participação das crianças em ambientes desenvolvimentalmente mais avançados, por vezes com acompanhamento, é necessária, para que a criança tenha oportunidade de participar, de forma bem sucedida e independente nesses ambientes; (f) a prática da IP é orientada por objectivos individuais e dinâmicos; (g) as transições entre programas são fomentadas por um adulto experiente a nível desenvolvimental; (h) as famílias e os programas são influenciadas pelo contexto mais vasto. Nesta perspectiva, é recomendada uma prática reflexiva na qual os profissionais trabalhem colaborativamente, analisando as suas experiências diárias através de um processo de observação, inferência, e de testagem de hipóteses, como forma de integrarem o conhecimento da investigação com a prática.

É, igualmente, importante promover o crescimento profissional dos intervenientes para que se realizem mudanças nas práticas existentes. Winton (2006) refere algumas abordagens que são consideradas promissoras, visto que oferecem a possibilidade de os profissionais potencialmente integrarem os resultados da investigação com os seus saberes e os seus valores de modo a moldar as suas práticas. Passamos a descrever brevemente essas abordagens, que se enquadram num modelo complexo de utilização do conhecimento:

a) A consultoria, que tem sido descrita na literatura no domínio da intervenção precoce como um modo de alcançar mudanças na prática através de uma abordagem colaborativa na resolução de problemas, entre um consultor e um consultado, com o objectivo último de beneficiar as crianças e famílias apoiadas pelos programas ou organizações (Buysse & Wesley, 2005). Esta abordagem é relativamente recente em intervenção precoce, sendo que o processo de consultoria implica que o consultor tenha um conhecimento alargado e especializado para ensinar e modelar práticas efectivas. Do mesmo modo, os saberes e experiência do consultado modelam o processo e informam o consultor. O consultado é considerado um parceiro pleno numa relação caracterizada pela tomada de decisão conjunta.

b) O *coaching*, que é similar à consultoria pois envolve também dois elementos (praticante e treinador) que trabalham juntos de modo a que o praticante refine as práticas existentes e desenvolva novas competências com o objectivo último de melhor servir as crianças e famílias (Dinnebeil, Miller, & Stayton, 2002). Existem diferentes modelos de treino, podendo este ser efectuado por peritos, pares, equipa, e, poderá ter um carácter técnico, colegial, reflexivo, cognitivo e desafiante. Considera-se, independentemente do modelo, que é sempre mais eficaz quando é voluntário, diferenciado da supervisão e baseado na confiança mútua.

c) A tutoria, que tem sido definida como uma relação interpessoal de apoio entre um profissional experiente, mais conhecedor (o tutor), e alguém menos experiente (o tutorando) que se destina a facilitar a transferência de conhecimentos, competências, atitudes, crenças, e valores entre tutor e tutorando. Mais uma vez as semelhanças entre consultoria, *coaching* e tutoria são grandes. Fenichel (1992; como citado em Winton, 2006) identifica três aspectos essenciais no processo de tutoria: reflexão, colaboração e regularidade.

d) O estudo acompanhado, que é uma estratégia utilizada há muitos anos pelos docentes japoneses com pequenos grupos de educadores como meio de reflectir e melhorar as suas práticas. Lewis (2004; como citado em Winton, 2006), refere quatro aspectos determinantes para a sua implementação: acordo entre os educadores relativo a uma meta de longo prazo abrangente e partilhada; foco num conteúdo específico relacionado com a meta global; análise cuidadosa da aprendizagem e desenvolvimento do estudante; e, observação directa do processo de estudo. O ciclo recursivo de observação, reflexão, discussão, análise e experimentação foi identificado no Japão como uma estratégia promissora.

e) A comunidade de aprendizagem, que é, de acordo com Winton (2000), uma forma de desenvolvimento profissional guiada pela criação colaborativa de planos de desenvolvimento pessoal. Alguns aspectos específicos desta abordagem incluem: (1) ênfase na aprendizagem em equipa através dos relacionamentos estabelecidos; (2) incentivos de progressão na

carreira para a participação no desenvolvimento profissional; (3) a ligação dos resultados da criança com práticas e desenvolvimento profissional é considerada na avaliação, a nível individual, do programa e da comunidade; (4) são dadas opções às famílias para se envolverem de forma significativa em todos os aspectos do processo de melhoria dos programas e das práticas.

Segundo Wesley e Buysse (2006) as comunidades de aprendizagem podem constituir uma estratégia promissora na investigação e na prática, através da promoção de participação e do estabelecimento de relações entre pessoas com saberes diversos, focalizadas no desejo comum de melhorar a prática. E, caso exista uma infra-estrutura para o desenvolvimento dos profissionais, as hipóteses de se implementarem novas ideias e práticas baseadas na evidência poderão ser enfatizadas.

Uma das justificações no sentido de ser adoptado o modelo de consultoria, fundamenta-se na possibilidade de se apoiar um maior número de casos com economia de tempo em relação ao que seria possível efectuar através de uma intervenção individual. Para além disso, a consultoria perspectiva produzir uma mudança positiva, não só na criança mas também no adulto, no programa e, potencialmente, em todo o sistema (Winton, 2006).

A utilização habitual do termo consultoria implica geralmente dar e receber aconselhamento técnico, mas esta definição não abrange toda a sua complexidade. Dougherty (2000; como citado em Buysse & Wesley, 2005) define consultoria como um tipo de relação de ajuda em que um profissional (consultor) presta assistência a outra pessoa (consultado) de modo a resolver um problema de trabalho ou de cuidados que o consultado tem com o sistema do cliente. As autoras referidas propõem uma definição para consultoria no domínio da intervenção precoce:

*A consultoria* é definida como um serviço indirecto, num modelo de tríade de prestação de serviços, no qual um consultor (por ex.: educador especializado, terapeuta) e um consultado (por ex.: profissional de intervenção precoce, pai) trabalham juntos em relação a uma preocupação ou objectivo comum de mudança. Através de uma

série de encontros e conversas, o consultor ajuda o consultado através da resolução sistemática de problemas, influência social e apoio profissional. Por seu turno, o consultado ajuda o(s) cliente(s) com todo o apoio e colaboração do consultor. O objectivo da consultoria é lidar com a preocupação imediata assim como prevenir a ocorrência de problemas similares no futuro (Buysse & Wesley, 2005, p.10).

Não é surpreendente que os profissionais de intervenção precoce que, em cada semana, prestam serviços itinerantes a 15 ou 20 crianças com diferentes atrasos do desenvolvimento e incapacidades e suas famílias expressem frustração e preocupação sobre os seus papéis (Buysse & Wesley, 2005). Embora continuem, muitas vezes, a apoiar directamente as crianças e famílias, fazem-no em variados contextos e em colaboração com diferentes profissionais da educação, da saúde, de serviços comunitários locais, sendo que muitos deles podem estar a apoiar uma criança com alterações nas estruturas ou funções do corpo pela primeira vez.

O papel de consultoria a outros adultos leva os profissionais de intervenção precoce para além do conhecimento base e das práticas do trabalho directo, pois têm que possuir mais saberes relativamente aos conteúdos a nível do desenvolvimento atípico e precisam de compreender que o processo de consultoria serve de catalisador para uma mudança e para uma partilha de responsabilidades com os seus consultados relativamente ao progresso da criança (Winton, 2006).

Como a expansão dos papéis dos profissionais para incluir a prestação de serviços indirectos ocorreu rapidamente, a investigação no domínio da intervenção precoce não acompanhou as necessidades do terreno no domínio dos conhecimentos e competências relacionadas com a consultoria. Por exemplo, nas publicações relativas às recomendações de boas práticas, no que diz respeito às competências profissionais (ver Sandall, McLean & Smith, 2000), são enumeradas práticas de serviços directos, mas não há referência às competências relacionadas com o desenvolvimento e monitorização de um processo de consultoria.

Muitos autores enfatizam a importância de competências específicas e conhecimentos relacionados com o processo de consultoria. Dougherty (2000, como citado em Buysse & Wesley, 2005) efectua uma resenha das áreas de competência profissional essenciais para o desempenho do papel de consultor: (a) *interpessoais* (demonstrar respeito e autenticidade nas interações, criar uma base de influência social); (b) *comunicação* (comportamentos não verbais, escuta activa, clarificar, receber e dar informação); (c) *resolução de problemas* (recolha, análise e interpretação objectiva da informação; planear a intervenção e prever implicações); (d) *trabalhar com organizações* (determinar canais de comunicação, identificar valores organizacionais, avaliar recursos e sua utilização); (e) *gestão de grupos* (focalizar a atenção nas questões importantes, gerir a agenda, facilitar a discussão e o crescimento do grupo, dar feedback); (f) *sensibilidade à diversidade cultural* (não subestimar, nem sobrestimar, questões culturais, não emitir juízos de valor, partir da experiência de vida do consultado); (g) *ética* (respeitar a confidencialidade, aderir às normas deontológicas do comportamento profissional).

Também é comumente reconhecido que, para serem eficazes, os consultores necessitam de características pessoais, para além dos saberes e competências profissionais. Essas características incluem: o desejo de fazer a diferença, consciencialização dos seus próprios valores, capacidade de apreender perspectivas diferentes, sinceridade, determinação e persistência, orientação para o crescimento pessoal e profissional.

Buysse e Wesley (2005), propõem cinco domínios chave nos quais o conhecimento e a mestria são essenciais para que os consultores sejam eficazes em intervenção precoce: desenvolvimento da criança e práticas de intervenção precoce; desenvolvimento atípico e práticas de intervenção precoce/educação especial; comunicação; estratégias e fases da consultoria; e, ética e profissionalismo (ver Quadro 4).

Processar todo o conhecimento, competências, características, e cumprir todas as orientações descritas não é tarefa fácil, poderá mesmo ser

assustador, tendo sobretudo em consideração o facto de muitos profissionais não terem tido formação específica neste domínio.

**Quadro 4. Cinco domínios para consultoria eficaz (Adaptado de Buysse & Wesley, 2005)**

<b>Teorias do Desenvolvimento da Criança e Práticas de Intervenção Precoce</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Teorias sobre desenvolvimento e aprendizagem da criança</li> <li>❖ Práticas baseadas na investigação</li> <li>❖ Familiaridade com o programa e padrões de acreditação da qualidade</li> <li>❖ Informação sobre questões actuais neste domínio</li> <li>❖ Parceria com as famílias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Etiologia das incapacidades e impacto no desenvolvimento</li> <li>❖ Intervenções baseadas na investigação</li> <li>❖ Compreensão da rede de serviços</li> <li>❖ Informação sobre questões actuais neste domínio</li> <li>❖ Parceria com as famílias</li> </ul>	<b>Desenvolvimento Atípico e Práticas de Educação Especial e I. Precoce</b>
<b>Comunicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Escuta activa</li> <li>❖ Pesquisar e confirmar informação</li> <li>❖ Encorajar, influenciar e apoiar</li> <li>❖ Competências interpessoais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Questões de consultoria (ex.: consciência dos valores e competências pessoais)</li> <li>❖ Questões relacionais (ex.: confidencialidade, limitações profissionais)</li> <li>❖ Questões processuais (ex.: eficácia da consultoria)</li> </ul>	<b>Ética e Profissionalismo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Teorias sobre empoderamento e mudança</li> <li>❖ Conhecimento dos oito estádios do processo:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1º - Conseguir Admissão</li> <li>2º - Construir Relação</li> <li>3º - Recolher Informação</li> <li>4º - Estabelecer Objectivos</li> <li>5º - Seleccionar Estratégias</li> <li>6º - Implementar Plano</li> <li>7º - Avaliar Plano</li> <li>8º - Organizar Palestra Síntese</li> </ol> </li> </ul>			
<b>Estratégias e Fases da Consultoria</b>			

Os profissionais têm agora que desempenhar novos papéis e participar num sistema de coordenação inter-serviços. “É-lhes pedido que interajam em parceria com as famílias, que utilizem linguagem fácil, livre do jargão profissional, que actuem como consultores das famílias e uns dos outros. Apesar deste desafio ser estimulante para muitos, é intimidante e árduo para outros” (Kaufmann, Hurth, & Johnson, 1991, p.81). Um sistema de tutoria e supervisão constitui um apoio importante para os profissionais motivados

tornarem a sua prática transdisciplinar e centrada na família. De acordo com Portugal e Santos (2003, p.168), “a experiência indica que dar oportunidade ao técnico de intervenção precoce directa de reflectir o seu trabalho, pensar e falar sobre as interacções com as crianças e famílias, num contexto de reuniões de trabalho psicologicamente confortáveis e seguras, sob a orientação de um supervisor, é crucial para o sucesso da intervenção”.

### **2.3. Transdisciplinaridade do trabalho em equipa**

A intervenção precoce é um processo que implica diferentes procedimentos, desde a detecção e sinalização à avaliação e intervenção, requerendo planificação e implementação em equipa<sup>8</sup> habitualmente constituídas por profissionais de diferentes áreas disciplinares, sendo também de considerar os diferentes contextos de trabalho em equipa. Os profissionais que habitualmente fazem parte das equipas de intervenção precoce<sup>9</sup> são educadores (alguns especializados), terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais. As intervenções destes profissionais devem ter sempre em consideração a globalidade da criança e da família, devendo ser programadas e desenvolvidas pela equipa numa perspectiva interdisciplinar ou transdisciplinar (Shonkoff & Meisels, 2000). O trabalho em equipa em intervenção precoce exige, assim, uma cooperação a diferentes níveis, como refere Winton (2000): (a) entre profissionais e famílias; (b) intraserviços; (c) interserviços; (d) interserviços a nível administrativo.

O modo como os profissionais interagem entre si tem vindo a evoluir no domínio da intervenção precoce na infância, sendo possível caracterizar, basicamente, três modelos de comunicação entre os profissionais de uma equipa, com implicações óbvias na prestação de serviços: multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar. As características que diferenciam estes três

---

<sup>8</sup> Dyer define *equipa* como sendo caracterizada pela interacção e interdependência entre os elementos de um grupo, tendo em vista alcançar um resultado (1987; como citado em Winton, 2000).

<sup>9</sup> *Equipa de intervenção precoce* é uma unidade funcional composta por indivíduos com formação especializada e variada e que coordenam as suas actividades a fim de prestar os seus serviços às crianças e famílias (Golin & Ducanis, 1981, como citado em Franco, 2007, p.116).

modelos de prestação de serviços são, segundo McWilliam (2003), sumariamente, as seguintes: (a) *multidisciplinar*, cada profissional tem a sua área de especialidade, não podendo, ou não devendo implementar práticas de outra disciplina; há regularmente vários profissionais a apoiarem em simultâneo a mesma família; este modelo dificulta a percepção global da situação e não promove a aquisição de saberes das outras especialidades; (b) *interdisciplinar*, cada profissional tem a sua área de especialidade, não podendo, ou não devendo implementar práticas de outra disciplina; há vários profissionais a apoiarem a mesma família; mas, as informações de uma área disciplinar são úteis para as outras especialidades; (c) *transdisciplinar*, cada profissional tem a sua área de especialidade; só um profissional apoia a família e implementa intervenções planeadas e supervisionadas por outros profissionais; este modelo facilita a visão global da situação, sendo que a planificação é unificada e os profissionais têm oportunidade de aprender estratégias de outras especialidades.

Assim, os profissionais das diferentes áreas disciplinares, tanto podem actuar conjuntamente, de forma articulada, como de uma forma individualizada e justaposta, com uma mesma criança, numa mesma problemática, em função do modelo de prestação de serviços adoptado pela equipa de intervenção precoce na sua prática. No modelo multidisciplinar, a actuação da equipa traduz-se na acumulação, de forma aditiva, das actividades individuais dos diferentes profissionais, que trabalham e tomam decisões de modo isolado. Verifica-se, assim, pouca interligação e coordenação das suas acções, o que poderá conduzir a orientações contraditórias e dificultar a definição de prioridades, bem como a percepção da criança na sua totalidade. No modelo interdisciplinar existe mais interacção entre profissionais no trabalho em equipa, havendo partilha de informação, embora a intervenção continue a ser perspectivada em função das diferentes áreas disciplinares, pelo que a tomada de decisões poderá reflectir as relações de poder entre os profissionais e não as verdadeiras necessidades da criança e família. O modelo transdisciplinar pressupõe um funcionamento em equipa mais estruturado e integrado, em que

há co-responsabilização nas tomadas de decisão, apoio mútuo nas intervenções através da partilha de informação e de saberes (Franco, 2007).

Os modelos transdisciplinares têm como meta providenciar uma prática centrada na família, coordenada e com serviços integrados para responder às necessidades complexas das crianças com incapacidades e suas famílias (Carpenter, 2005). A abordagem transdisciplinar tem sido reconhecida como uma prática de qualidade em intervenção precoce (Dunst & Bruder, 2002; Guralnick, 2001a) e muitos programas têm adoptado este modelo de prestação de serviços. Em contraste com outras abordagens, o modelo transdisciplinar é considerado como uma forma de minimizar a fragmentação dos serviços, reduzir a possibilidade de informações contraditórias e confusas para as famílias, e de melhorar a coordenação dos serviços (Carpenter, 2005).

A transdisciplinaridade é habitualmente definida como a partilha de papéis entre áreas disciplinares de modo a que seja maximizada a comunicação, interacção e cooperação entre os membros da equipa (Johnson & LaMontagne, 1994). A equipa transdisciplinar é caracterizada pelo compromisso dos seus membros para ensinar, aprender e trabalhar em conjunto, afim de implementarem serviços coordenados (Peterson, 2002). De acordo com Davies (2007; como citado em King, Strachan, Tucker, Duwyn, Desserud, & Shillington 2009), um resultado chave do modelo transdisciplinar é o desenvolvimento de uma visão comum ou “sentido partilhado” entre os vários elementos, sendo a família considerada um elemento chave na equipa.

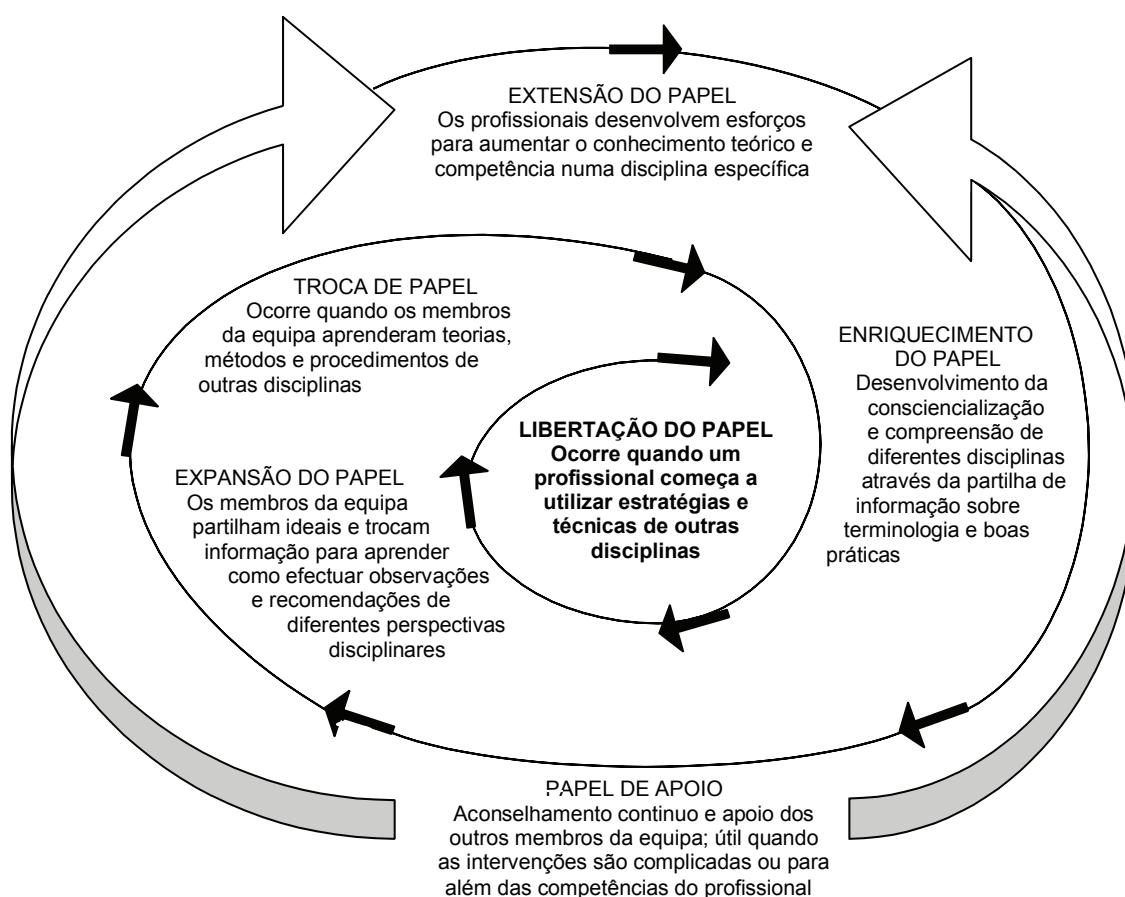
Vários investigadores têm enfatizado alguns domínios que estarão subjacentes à implementação de um modelo transdisciplinar do trabalho em equipa. King e colaboradores (2009), propõem três *características operacionais* que serão essenciais para um trabalho em equipa transdisciplinar: (a) a *avaliação em arena*, em que profissionais de diferentes disciplinas avaliam a criança em simultâneo, usando tanto medidas estandardizadas como métodos informais, assumindo um dos elementos o papel de facilitador enquanto os outros observam; todos os elementos têm um papel, incluindo os pais, que providenciam informação sobre a criança e que podem, com orientação,

realizar com ela algumas tarefas estruturadas; após a avaliação, discute-se a informação e impressões recolhidas; (b) a *interacção contínua e intensa*, entre os membros das diferentes áreas disciplinares que integram a equipa, que lhes permite agrupar e partilhar informação, saberes e competências, e trabalhar cooperativamente; (c) a equipa torna-se verdadeiramente *transdisciplinar na prática* quando os membros se libertam do seu papel e das estratégias de intervenção da sua área disciplinar, sob supervisão e apoio dos membros da equipa.

O processo de libertação do papel é a componente mais desafiante da constituição de uma equipa transdisciplinar e envolve a partilha de saber-fazer; valorizando as perspectivas, conhecimentos e competências de outras áreas disciplinares, sendo o profissional capaz de confiar e “libertar-se” do seu papel específico quando apropriado. A libertação do papel ocorre também em relação à família (por exemplo, quando os pais são ensinados a integrar nas rotinas diárias actividades adaptadas). Este processo é contínuo e envolve vários aspectos, incluindo extensão do papel, enriquecimento do papel, expansão do papel, troca de papel, papel de apoio, e libertação do papel, conduzindo a um conhecimento teórico mais abrangente e à capacidade de implementar intervenções integradas que respondem às necessidades holísticas da criança e sua família (ver Figura 3).

A literatura aborda outras características dos modelos transdisciplinares, tal como um plano de intervenção coordenado, dando atenção às necessidades, desejos e objectivos da família. No entanto, estas características também enquadram outros modelos de intervenção que são interdisciplinares e centrados na família. Segundo King e colaboradores (2009), a argumentação relativa às vantagens de uma intervenção transdisciplinar baseia-se nos seguintes pressupostos: (a) maior eficácia do serviço, podendo ser apoiado um maior número de crianças e famílias, pois ao invés de ser efectuada uma avaliação e intervenção directa por cada membro da equipa, os apoios são conduzidos por um dos profissionais, ficando os outros libertos para apoiar outros casos; (b) intervenção menos intrusiva, visto que os pais têm apenas

que estabelecer uma relação privilegiada com um dos profissionais, que é aquele que efectua as visitas domiciliárias, melhorando a fluidez da comunicação e diminuindo a repetição de informação a diferentes prestadores de serviços; (c) recomendações coordenadas, sendo priorizadas com a participação dos pais, os quais sabem quem contactar quando surge alguma questão, devendo, pois, ser bem esclarecidos sobre este modelo de actuação; (d) abordagem holística, a qual promove o desenvolvimento de planos de intervenção mais coerentes, com uma visão partilhada sobre as necessidades das crianças e famílias; (e) desenvolvimento profissional, pois os membros da equipa adquirem competências profissionais, sendo enfatizado o respeito mutuo, quando se implementa este modelo de intervenção.



**Figura 3. Aspectos do processo de libertação do papel (Adaptado de King et al., 2009)**

As implicações do trabalho transdisciplinar exigem mudanças na forma de trabalhar dos profissionais e na organização das equipas, que se

repercutem em vários aspectos, nomeadamente na utilização dos próprios espaços físicos. Os espaços dos serviços de intervenção precoce são muitas vezes estruturados numa perspectiva disciplinar (psicologia, serviço social, terapia, educação), pelo que “o contacto entre profissionais exige que cada um deixe o seu próprio espaço e vá ao encontro do outro num espaço neutro (sala de reuniões) ou no de alguém hierarquicamente superior (e por isso com um gabinete maior)”, como refere Franco (2007, p.118). Esta estruturação do espaço não facilita o trabalho em equipa, nem uma abordagem transdisciplinar. Assim, será necessário alterar a organização multidisciplinar e para se implementar na prática a transdisciplinaridade, o espaço físico não deverá ser definido em função dos profissionais, mas das tarefas e serviços (salas de actividades, onde o profissional vai trabalhar, e uma sala da equipa, onde os profissionais se encontram quando não estão a realizar atendimento directo às crianças e famílias) de modo a que o serviço disponha de um contexto que promova o trabalho em equipa.

A organização da equipa numa perspectiva transdisciplinar pressupõe a multidisciplinaridade, pois é composta por profissionais de diferentes especialidades, e também a interdisciplinaridade, visto ter que existir comunicação entre os seus membros (Franco, 2007). A transdisciplinaridade possibilita a co-responsabilização e permite ultrapassar os saberes específicos de cada área disciplinar, levando a que os profissionais tenham uma atitude de partilha e de transferência de conhecimentos e competências. Contudo, e de acordo com o autor supra citado, a prática transdisciplinar coloca algumas dificuldades, pois exige que os profissionais tenham formação para a cooperação e trabalho em equipa, sendo que a qualidade das relações estabelecidas no grupo, a atitude face ao outro, são decisivas no desenvolvimento da qualidade e competência da equipa.

De acordo com McWilliam (2003), os modelos de prestação de serviços conceptualizados de forma integrada tendem a substituir as práticas ineficazes por práticas com maior probabilidade de resultarem na capacitação da família e na melhoria do funcionamento da criança. A base desta concepção de

serviços reside no modelo “transdisciplinar”, sendo que um dos aspectos-chave desta abordagem implica, como foi já referido, que o prestador de serviços implemente programas desenhados por outros profissionais da equipa e apoie as famílias com estratégias oriundas de diferentes disciplinas.

Contudo, para que este modelo seja eficaz, é necessário que os profissionais tenham competências que vão para além dos saberes específicos da sua área disciplinar, nomeadamente qualidades pessoais, tais como empatia, sensibilidade, auto-controlo, autenticidade, reflexão, escuta activa, e relacionamento inter-pessoal, entre outras; bem como uma identidade profissional positiva, que lhes permita partilhar sem se sentirem ameaçados e serem capazes de aceitar feedback com humildade (Davies, 2007; Foley, 1990; como citados por King et al., 2009).

A verdadeira transdisciplinaridade, fácil de evocar, mas difícil de concretizar, não consiste, como erradamente muitos a concebem, na perda de identidade profissional dos técnicos, ou em que todos terão de fazer o mesmo. Pelo contrário, é exactamente o oposto daquilo que se pretende. Há um gestor de caso, escolhido pela família e acordado entre a equipa, que se oferece à família como o principal interlocutor e responsável pela prestação de cuidados. Isso não o impede de se socorrer dos saberes dos outros técnicos e até de propor a sua intervenção directa no caso que tem em mãos. Pode esse técnico ser assistente social ou terapeuta da fala, mas será a face que a família “vê” e a quem pode pedir ajuda e responsabilização, mas que nunca intervém “só”, sem uma retaguarda competente a quem pede ajuda. Há pois aqui também uma ecologia de prestação de serviços que actua organizada e atempadamente em relação à família.

Joaquim Bairrão (2003)

### **3. Avaliação das práticas em intervenção precoce**

A intervenção precoce com base nos princípios científicos das diferentes áreas em que se fundamenta (pediatria, neurologia, psicologia, psiquiatria, fisioterapia, linguística, etc.) tem como finalidade oferecer às crianças com incapacidades ou em risco de as adquirir um conjunto de acções optimizadoras e compensadoras, que facilitem a sua adequada maturação em todos os domínios e que lhes permita alcançar o nível máximo de desenvolvimento pessoal e de integração social (GAT, 2005a).

Tal como em outros domínios, o incremento dos serviços de intervenção precoce tem sido acompanhado pela crescente exigência de se demonstrar a sua eficácia, qualidade e resultados. Financiadores, legisladores, direcções dos serviços e consumidores querem ter a garantia que os recursos são usados de modo eficaz e atingem os resultados desejados. Para além disso, os serviços de intervenção precoce devem realizar a auto-avaliação de procedimentos e práticas para tomarem decisões internas sobre a planificação do programa de intervenção e promoverem a sua melhoria (Aytch, Castro, & Selz-Campbell, 2004). Um desafio que se coloca a muitos programas é a falta de instrumentos validados ou de procedimentos que sejam apropriados para uma auto-avaliação abrangente das práticas do programa de intervenção precoce.

#### **3.1. Avaliação dos programas e dos serviços**

Apesar da actual preocupação com os resultados da intervenção precoce na infância, não se tem avaliado a qualidade dos serviços de intervenção precoce. Uma avaliação compreensiva dos programas tem que considerar os múltiplos elementos da ecologia do desenvolvimento da criança. Assim, terá, no mínimo, que considerar o resultado de três variáveis primárias: criança (desenvolvimento, aprendizagem, comportamento) programa (qualidade e intensidade das intervenções, serviços e apoios) e, família (comportamento parental, stress familiar, apoio social) (Bagnato, 2007).

O autor referido lembra que a avaliação dos programas de intervenção precoce se tem limitado a listar o número de serviços prestados, e que, a descrição da sua *intensidade* (por exemplo, número de horas, tipo de sessões, foco da intervenção, grau de inclusão) é uma informação crucial para avaliar a eficácia do programa, o seu impacto, e para ajudar os profissionais a detectar as relações entre as variáveis da intervenção e os seus resultados. Uma avaliação bem estruturada dos programas permite aos profissionais integrarem os resultados da pesquisa nas suas rotinas de trabalho, sendo que a investigação continuada promove a qualidade das práticas.

De acordo com Shonkoff (2003), a investigação em intervenção precoce tem sido compartimentada em função das várias disciplinas académicas (psicologia, neurobiologia e antropologia) e através de um conjunto fragmentado de políticas e serviços, incidindo separadamente na pobreza, deficiência, bem-estar da criança, saúde mental, educação precoce, cuidados primários de saúde, entre outros. Estes diversos domínios do conhecimento devem convergir para um núcleo comum de conceitos partilhados. Uma ciência integrada, articulada e credível, sobre o desenvolvimento precoce na infância pode enquadrar o desenho, implementação e avaliação de políticas e práticas mais coerentes e eficazes.

As abordagens tradicionais para a avaliação podem estar desadequadas, visto que procuram apenas responder a uma questão: “Esta intervenção funciona?” (Carpenter, 2007, p.667). As atitudes face à intervenção precoce na infância têm amadurecido e as questões avaliativas que investigam os aspectos importantes podem ser desenvolvidas. Warfield e Hauser-Cram (2005) recomendam um modelo de avaliação multi-nível que faculte um enquadramento no qual questões importantes possam ser investigadas sobre os efeitos dos serviços de intervenção precoce, o seu valor para os pais e as suas ligações aos recursos da comunidade. As avaliações da intervenção precoce na infância podem dar uma visão mais compreensiva da prestação eficaz dos serviços e ajudar a investigação futura (Feldman, 2004).

Os serviços de intervenção precoce na infância foram confrontados com a necessidade de passarem a ter em consideração as circunstâncias familiares que colocam as crianças em risco de consequências negativas no seu desenvolvimento. Oferecendo apoio precoce, os serviços podem promover as competências das famílias para serem capazes de recorrer aos serviços da comunidade (por exemplo, educação, saúde), reduzindo a longo prazo os custos à sociedade (Guralnick, 2001b). Os serviços têm assim que estar preparados para responder a uma grande variedade de necessidades e de estarem habilitados a reconhecê-las e a dar-lhes resposta. Neste contexto, os profissionais têm que trabalhar de modo sensível e colaborativo com as famílias para identificarem as suas necessidades e prevenirem efeitos negativos.

As abordagens que contribuíram, e continuam a contribuir, para o desenvolvimento dos serviços podem não estar já a responder ao espectro completo de necessidades. Tal como refere Carpenter (2007), devemos estar conscientes que as nossas abordagens têm que ser responsivas, mudando consoante o perfil de necessidades das crianças e das suas famílias.

Ao reflectir sobre a eficácia dos programas de intervenção precoce procura estudar-se os processos e os efeitos, tendo como objectivo primordial proporcionar informações pertinentes que contribuam para que, aos diferentes níveis do sistema, se tomem decisões devidamente fundamentadas e validadas, pois, só deste modo se poderá caminhar no sentido da excelência das práticas (Granlünd, 1999, como citado em Felgueiras, 2000). A avaliação das práticas dos programas deverá ter em consideração os maiores domínios da intervenção precoce: avaliação, planificação da intervenção, prestação de serviços, transições e práticas administrativas (Aytch, Castro, & Selz-Campbell, 2004).

Os aspectos referentes ao envolvimento dos pais e às actividades de suporte às famílias têm merecido particular atenção nas avaliações realizadas, e, segundo Bailey (2001) a avaliação das práticas de intervenção precoce deverá incluir a avaliação da percepção que as próprias famílias têm sobre os

efeitos da intervenção, quer a nível do fortalecimento da família quer a nível do crescimento e desenvolvimento da criança.

O grau de satisfação da família é muitas vezes considerado como um indicador da eficácia da intervenção precoce (McWilliam, Lang, Vandiviere, Angell, Collins, & Underdown, 1995). Esta perspectiva é consistente com o modelo de intervenção centrado na família, em que a família é o foco dos serviços, se respeitam as suas decisões, e os serviços são planeados para fortalecer o seu funcionamento (McBride, Brotherson, Joanning, Whiddon, & Demmit, 1993).

Nos estudos em que pais e profissionais avaliam a qualidade da intervenção precoce, os dados sugerem que os seus resultados constituem indicadores separados. Por isso, tal como argumentam Kontos e Diamond (2002), deverão existir várias medidas de qualidade, sendo que as avaliações independentes (efectuadas por observadores neutros) têm que ser desenvolvidas e comparadas com as de pais e profissionais.

O ideal, segundo Aytch, Castro e Selz-Campbell (2004), será implementar um processo colaborativo que envolva consumidores e práticos que de modo abrangente e sistemático avaliem o programa, dada a natureza e estrutura operacional do sistema de serviços de IP. Este processo de auto-avaliação requer cooperação e contributos de todos os participantes e confere informação valiosa para a planificação e melhoria do programa.

Isto possibilitará, com base na avaliação do processo, fazer, sempre que necessário, os ajustes e modificações que permitam uma melhor resposta à criança e à família e, com base na avaliação do produto, avaliar a eficácia do modelo e considerar a relação custo-benefício. Nos programas com maior índice de sucesso, tanto o grau como a qualidade da implementação é monitorizada. De acordo com Gray e McCormick (2005) estabelecer e avaliar sistematicamente padrões de realização, mensuráveis, conduz à uniformização da implementação dos serviços e facilita a sua gestão de modo a permitir flexibilidade local sem afectar a eficácia dos programas.

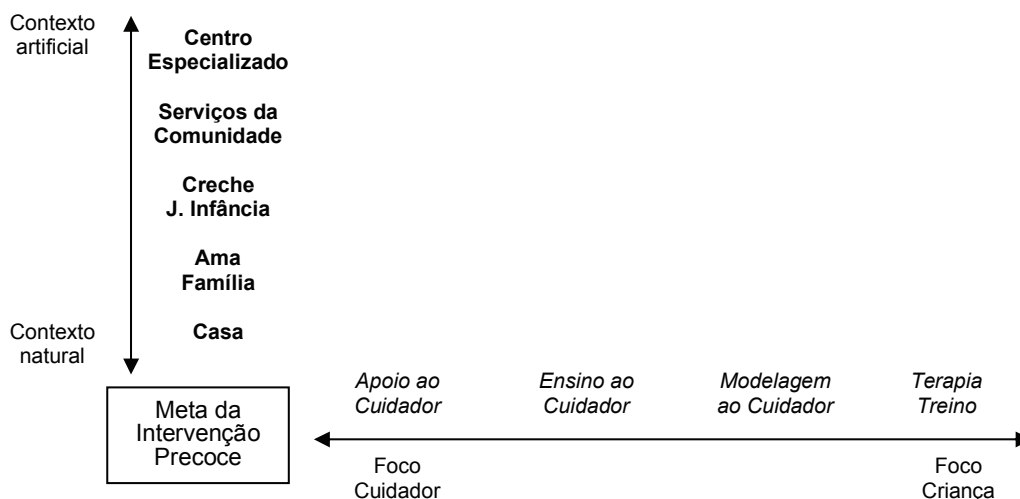
### 3.2. Investigação sobre indicadores de qualidade

O modelo ecológico (já explicitado anteriormente na Secção 1.2) enquadra teoricamente um conjunto de influências que devemos ter em consideração relativamente às variáveis contextuais dos resultados da intervenção precoce para a criança e para a família. Apesar de estas variáveis divergirem na sua proximidade relativamente à experiência da criança e sua família, no âmbito dos serviços de intervenção precoce relativamente à importância destas dimensões para uma prática eficaz dos programas de intervenção precoce (Guralnick, 2005). Assim, os serviços centrados na família (Bailey, 1991; Bruder, 2000; Carpenter, 2007), os serviços integrados e transdisciplinares (King et al., 2009; McWilliam, 2000), as actividades de intervenção individualizadas (McGonigel, Kaufmann & Johnson, 1991; Wolery, 2000) e a formação e experiência dos profissionais (Dinnebeil, Miller & Stayton, 2002; Winton, 2000) têm sido identificados como aspectos cruciais para a qualidade em intervenção precoce.

A investigação envolvendo o estudo da qualidade em intervenção precoce tem sido escassa. Devido à ausência de medidas de qualidade em intervenção precoce, têm sido explorados indicadores de qualidade. Um desses indicadores é, como vimos, a prática centrada na família. McWilliam, Snyder, Harbin, Porter e Munn (2000) verificaram que os profissionais referem com maior frequência práticas centradas na família do que os pais, e são, habitualmente, os profissionais que prestam serviços domiciliários que referem essas práticas. A literatura revela que a desejabilidade social pode explicar alguns dos padrões de resposta dos profissionais do terreno, visto que as cotações mais elevadas que atribuem aos itens nos instrumentos de avaliação são consistentes com as práticas internacionalmente recomendadas, havendo discrepância entre as práticas ideais e as práticas reais (Björck-Akesson & Granlund, 1995; McWilliam et al. 2000, Rantala, Uotinen & McWilliam, 2009).

A evolução dos modelos de prestação de serviços em intervenção precoce na infância teve repercussões na forma de avaliar os programas. De facto, após a identificação das necessidades da criança e família, os serviços

têm que ser organizados, sendo tidas habitualmente em consideração duas dimensões: o contexto e o foco da intervenção (ver Figura 4). Os dois eixos reflectem o facto de o foco da intervenção poder ocorrer em diferentes locais ao longo de um *continuum*, independentemente do contexto onde a intervenção tem lugar. Ao avaliar-se a qualidade da intervenção precoce, temos assim, que determinar quem intervém com a criança (profissionais ou cuidadores naturais), onde (contextos naturais ou artificiais) e quando (no horário do profissional ou quando a criança está interessada e os cuidadores disponíveis). De acordo com Rantala, Uotinen e McWilliam (2009) estas opções revelam as nossas crenças sobre o modo de aprendizagem das crianças: se os profissionais acreditam que a criança pode aprender em sessões isoladas e transferir as competências para outras pessoas, tempos e espaços, trabalham directamente com a criança, muitas vezes em contextos artificiais; por outro lado, se a sua crença é a de que a criança aprende ao longo do dia, em situações dispersas, com estímulos naturais que promovem o comportamento desejado, então a intervenção precoce é vista como apoio aos cuidadores naturais, especialmente nas rotinas diárias.



**Figura 4. Dimensões da prestação de serviços em função do foco e contexto de intervenção (Adaptado de Rantala, Uotinen & McWilliam, 2009)**

Na secção 2.3 analisámos o papel do profissional na implementação da intervenção. Ao avaliar a qualidade da intervenção precoce é importante

determinar esse papel, esperando que seja um papel consultivo, no sentido de os profissionais serem capazes de trabalhar com adultos e não apenas com as crianças, seguindo os princípios do suporte social (Eloff, Maree, & Ebersöhn, 2006). Esta abordagem muda o papel dos serviços, baseados num modelo mais apropriado para jovens ou até adultos, no qual o cliente absorve a informação na sessão de apoio e é depois capaz de a transferir para as situações da vida real (Rapport, McWilliam, Smith, 2004). Em intervenção precoce, é necessário um adulto para efectivar esta transferência, porque as crianças aprendem nos seus contextos de vida e não de modo isolado.

O estudo do impacto da intervenção precoce atingiu uma nova fase, sendo que, actualmente, o enfoque da investigação se centra na necessidade de se definir qualidade ou de caracterizar o que constituem boas práticas em intervenção precoce (Aytch, Castro, & Selz-Campbell, 2004; Bailey, McWilliam, Darkes, Hebbeler, Simeonsson, Spiker, & Wagner, 1998; Odom, McLean, Johnson, & LaMontagne, 1995).

Nos Estados Unidos da América, a Division for Early Childhood (DEC) liderou o processo de definição de boas práticas em intervenção precoce, do qual resultou um documento *DEC Recommended Practices* (2005). Estas práticas recomendadas estão organizadas em vários domínios: (a) avaliação; (b) práticas centradas na família; (c) intervenções centradas na criança; (d) modelos interdisciplinares; (e) utilização de tecnologias de apoio; (f) políticas, procedimentos e mudança de programas. Assume-se, de um modo geral, que estas práticas são eficazes, ou que a sua implementação resulta na promoção do desenvolvimento das crianças e suas famílias.

McWilliam (2000, 2003, como citado em Rantala, Uotinen & McWilliam, 2009) promoveu um estudo preliminar, realizado em seis países, utilizando o instrumento *Families in Natural Environments Scale of Service Evaluation* (um questionário efectuado aos profissionais que cota as práticas típicas e ideais prestadas pelos serviços de intervenção precoce), numa amostra não representativa. Os resultados obtidos parecem indicar que a qualidade mais elevada foi verificada em Portugal, seguindo-se Espanha, Israel e Grécia,

sendo que a qualidade mais baixa se encontrou nos Estados Unidos e na Turquia. Esta investigação sugere que os serviços prestados em contextos naturais são apropriados e praticados internacionalmente. Nos vários países os programas revelaram forças no que diz respeito a: intervenção centrada na família, abordagens funcionais, identificação das necessidades das famílias, definição clara dos objectivos e uso de equipamentos adequados; e, revelaram fraquezas relativamente a: registo escrito dos programas, intervenções inseridas e focadas nas rotinas, crença de que a intervenção deve apoiar a família, e uso de consultoria nos cuidados à infância.

Tendo em conta os resultados obtidos na avaliação de programas, Zipper (1999, como citado em Felgueiras 2000) refere como critérios de eficácia dos serviços, as intervenções que são: (a) centradas na comunidade; (b) bem coordenadas; (c) integradas; (d) centradas na família; (e) baseadas nas forças; (f) culturalmente competentes<sup>10</sup>. A autora enfatiza a necessidade de tomada de consciência por parte dos serviços e profissionais de que são estes que devem acomodar-se às famílias, e não o oposto. Salienta que o envolvimento das famílias na planificação das actividades e dos serviços é um passo importante para o desenvolvimento das competências culturais dos serviços, das quais também depende a capacidade dos profissionais para reconhecer e valorizar as forças e recursos da família, e não apenas os factores negativos.

*A National Association for the Education of Young Children e a National Association of Early Childhood Specialists (NAECY & NAECS, 2003)*, em tomada de posição conjunta, referem que decisores políticos, profissionais de intervenção precoce, e outros intervenientes nas vidas das crianças têm uma responsabilidade partilhada em estruturar um currículo inclusivo, métodos de avaliação apropriados e avaliação regular dos programas de intervenção precoce. E, nas suas recomendações estabelecem para os domínios

---

<sup>10</sup> Competências culturais – conjunto de comportamentos, atitudes e políticas congruentes que se conjugam dentro de um sistema, serviço ou entre profissionais e que conduzem a que esse sistema, serviço ou profissionais trabalhem eficazmente em situações culturais diversas (Cross, como citado em Felgueiras 2000, p.22).

mencionados, entre outros, os seguintes *indicadores de eficácia* a diferentes níveis:

1) Currículo: (a) as metas do currículo são claramente definidas, partilhadas e compreendidas por todos os intervenientes (e.g., gestores dos programas, profissionais e famílias); (b) o currículo é baseado na evidência e relevante para o desenvolvimento e aprendizagem da criança; (c) os conceitos são aprendidos através da exploração, brincadeira e ensino intencional; (d) o currículo constrói-se com base em aprendizagens e experiências prévias, relacionadas com a idade, vivências culturais, conhecimento adquirido em casa e na comunidade, e promove a inclusão das crianças com incapacidades; (e) o currículo é compreensivo incluindo as áreas críticas do desenvolvimento, tais como bem-estar físico, desenvolvimento motor, social e emocional, linguagem e cognição; (f) os padrões profissionais validam os conteúdos curriculares e a investigação evidencia que o currículo, se adequadamente implementado, tem efeitos benéficos.

2) Avaliação da Criança: (a) os princípios éticos estão subjacentes a todas as práticas de avaliação para a tomada de decisões, não sendo negadas oportunidades ou serviços com base numa única avaliação; (b) os instrumentos de avaliação são usados de modo consistente em função do fim para que foram delineados; são seleccionados, usados e interpretados, de acordo com critérios profissionais de qualidade; (c) as avaliações são validadas e apropriadas às características das crianças (idade, cultura, língua, estatuto socioeconómico, capacidades e incapacidades); centram-se em padrões desenvolvimentais e educacionais significativos, tendo em consideração as metas do programa e o currículo; (d) os dados da avaliação promovem o conhecimento sobre a criança e ajudam os profissionais de intervenção precoce a compreender o desenvolvimento da criança, a melhorar os programas educativos, e a aceder aos recursos e apoios para as crianças com necessidades específicas; (e) as avaliações usam múltiplas fontes de informação ao longo do tempo, incluindo observação sistemática, documentação, bem como acompanhamento adequado; (f) os profissionais e as famílias têm conhecimentos sobre avaliação, havendo formação em serviço

de modo a criar uma comunidade que vê a avaliação como uma ferramenta que promove as aquisições das crianças, da qual as famílias fazem parte estando activamente envolvidas.

3) Avaliação do Programa: (a) os programas são regularmente avaliados, incluindo a auto-avaliação, com o objectivo de uma melhoria continua; (b) a avaliação é guiada pelas metas identificadas no programa, as quais devem ser abrangentes, e incluir as famílias, os profissionais e os promotores, bem como a comunidade; (c) um sistema efectivo de avaliação deve incluir múltiplas fontes de informação, incluindo dados do programa, da criança, qualificação dos profissionais, práticas administrativas e dados da implementação; (d) quando as avaliações das crianças são usadas como parte do programa de avaliação, o foco principal centra-se nos ganhos ou progressos documentados nas observações e em outras avaliações ao longo do programa; (e) as avaliações dos programas são conduzidas por indivíduos bem-treinados, capazes de realizar uma avaliação justa e imparcial, incluindo procedimentos de autoavaliação, e sendo os dados analisados sistematicamente; (f) os resultados da avaliação do programa são partilhados publicamente, tendo as famílias, decisores políticos e promotores, o direito de os conhecer.

*A European Agency for Development in Special Needs Education* (Soriano, 2005) propõe cinco recomendações a partir da recente análise que efectuou das situações na Europa, baseada no princípio de que a Intervenção Precoce na Infância (IPI) é um direito de todas as crianças e famílias que necessitam de apoio: (a) a acessibilidade da IPI para crianças e famílias deve ser um assunto de medidas politicas com grupos-alvo claramente definidos e critérios de elegibilidade tal como disponibilização de serviços/informação imediata aos pais; (b) os serviços de IPI devem estar geograficamente próximos das famílias e serem centrados na família; (c) todos os serviços devem ser gratuitos e estar disponíveis para as famílias com necessidade de apoio; (d) o trabalho interdisciplinar requer cooperação com as famílias enquanto principais parceiros dos profissionais, a organização da equipa deve assegurar coesão e uma abordagem holística, bem como estabilidade nos

membros que integram a equipa; (e) os sectores da saúde, educação e acção social devem partilhar responsabilidades pela prestação dos serviços em IPI que podem ser organizados através da coordenação destes sectores e prestados transversalmente nas várias disciplinas.

De acordo com o anteriormente exposto, verificamos que não é linear a determinação da forma como efectuar uma caracterização dos programas de intervenção precoce de qualidade. A garantia da qualidade dos programas de intervenção precoce passa por se assegurar que os pais e as crianças beneficiam das intervenções em função das diferentes necessidades e dos recursos de cada situação. Sendo que um factor decisivo para garantir boas práticas é o aprofundamento continuo e integração de conhecimentos. Simeonsson (1999, como citado em Felgueiras, 2000, p.15) define como “padrão universal para a qualidade e profissionalismo em intervenção precoce, a cooperação internacional com vista à promoção de capacidades e competências dos diferentes países”, com o objectivo de partilha de informação sobre prevenção e de disseminação de informação sobre reabilitação e educação.

Os programas de intervenção precoce na infância que prestam serviços cuidadosamente estruturados por profissionais bem formados podem ter um impacto significativo nas crianças com problemas de desenvolvimento, mas as intervenções que têm resultados positivos raramente são simples, sem custos ou fáceis de implementar.

*Não há varinhas mágicas ou soluções rápidas para lidar com a complexidade do desenvolvimento humano. Intervenções mal programadas com financiamento inadequado provavelmente não produzem benefícios significativos. Pelo contrário, serviços de qualidade, que têm financiamento suficiente e são prestados por profissionais competentes, são um investimento público inteligente que com grande probabilidade retornam tanto dividendos no desenvolvimento a curto prazo como ganhos humanos a longo prazo.*

Jack Shonkoff (2003)

## 4. Intervenção precoce na Europa e em Portugal

A nível mundial, a importância de se providenciar intervenção precoce para crianças em risco de atrasos no desenvolvimento ou com incapacidades é cada vez mais reconhecida. Alguns dos factores que contribuem para este reconhecimento incluem os avanços económicos e sociais, bem como a evolução no conhecimento sobre o desenvolvimento humano. Nos países industrializados os avanços na medicina aumentaram a esperança de vida de crianças em risco elevado de manifestarem problemas significativos no seu desenvolvimento. Universalmente, verificamos uma consciencialização crescente de que os primeiros anos de vida são um período crucial para promover o crescimento físico, mental e psicológico e para prevenir a incapacidade e condições secundárias (Simeonsson, 2000).

Uma análise relativamente recente das situações referentes à intervenção precoce na infância na Europa indica que o número de crianças que apresentam necessidades especiais tem vindo a aumentar, seja ele devido a uma maior incidência ou prevalência, mais diagnósticos ou maior consciencialização dos pais (Agência Europeia para o Desenvolvimento em Necessidades Educativas Especiais, 2003).

No início do século XXI, a intervenção precoce é já um domínio de intervenção e de investigação bem estabelecido com o objectivo de prevenir ou minimizar atrasos de desenvolvimento e incapacidade nas crianças. Tal como referem Bailey e colaboradores (1998), enquanto a natureza dos serviços pode variar de país para país, muitos programas partilham vários elementos, nomeadamente: (a) encarar a criança e a família em conjunto, como cliente; (b) reconhecer a necessidade de intervenções individualizadas; (c) adoptar uma abordagem interdisciplinar de organização dos serviços e (d) revelar um reconhecimento das preferências das famílias pelos serviços e apoios.

Na Europa, a intervenção precoce enfrenta o repto global de formar parte das novas políticas para a família e para a infância, de se centrar nos

novos cenários de socialização e de estabelecer relação com os novos e múltiplos agentes que neles desenvolvem a sua actividade (Ponte, 2004). As recomendações do novo Plano de Acção do Conselho da Europa para as pessoas com deficiência, 2006 a 2015, serão sem dúvida um novo impulso para o desenvolvimento da intervenção precoce na infância ao estabelecer directrizes que visam a detecção precoce e medidas de intervenção que assegurem maior qualidade das práticas.

#### **4.1. Análise das situações na Europa**

Nos últimos anos a Intervenção Precoce tem sido objecto de estudo preferencial na União Europeia. O Programa Hélios II desenvolvido entre 1993 e 1996 dedicou-lhe dois grupos de trabalho nas áreas da educação e da reabilitação funcional, os quais ainda que partindo de enfoques diferentes chegaram a conclusões muito semelhantes, o que propiciou um amplo consenso profissional e conduziu aos princípios de boas práticas, que são uma referencia fundamental para o desenvolvimento da Intervenção Precoce em cada país.

Posteriormente, ao longo do triénio de 2003 a 2005 a Agência Europeia para o Desenvolvimento em Necessidades Educativas Especiais, com o apoio da Comissão Europeia, desenvolveu um projecto de investigação que analisou em profundidade a situação da Intervenção Precoce em 19 países da Europa, tendo encontrado, no terreno, três formas de aplicação do modelo ecológico-sistémico: a) o *modelo de gestão descentralizada* com serviços e recursos fortes a nível da intervenção primária, que define os países nórdicos; (b) o *modelo de serviços especializados de apoio integrados nos serviços sociais*, característico de países como França ou Alemanha, e (c) o *modelo de coordenação inter-serviços* implementado em Portugal.

De acordo com o estudo sobre “sistemas de intervenção precoce” na Europa, realizado por Dimova (2005), as actuais discussões sobre formação e qualidade dos serviços podem ser vistas como o resultado de: (a) a implementação dos sistemas de IP na maioria dos países europeus parecer

estar, apesar da diversidade organizacional, institucionalizada; (b) existir maior pressão económica sobre os programas sociais e a necessidade de avaliar resultados associada, na maioria dos países europeus, a uma questão de controlo; (c) existir uma mudança gradual em relação ao papel dos elementos-chave, no qual o relacionamento estabelecido entre pais e profissionais enfatiza o modelo de consumidor (os utentes defendem o direito de obter produtos e serviços que sejam “suficientemente bons”).

Contudo, a autora citada refere que deverá haver prudência quando se trata de prestar serviços em mercados totalmente liberais no campo do apoio social. Se, por um lado, uma das metas dos mercados liberais é a “vinculação do cliente”, por outro, uma das principais metas dos programas sociais de prevenção é a capacitação e a autonomia, o que significa uma independência de serviços. Serão por isso necessários, por parte dos sistemas governamentais, processos de monitorização, especialmente no domínio da IP enquanto intervenção muito íntima e centrada na família.

Como foi já referido, a realidade a nível de serviços de IP na Europa é muito diversificada. Em seguida caracteriza-se brevemente a situação em alguns países europeus, de forma a retratar essa realidade.

- Nos Países Nórdicos, a intervenção nas creches e jardins-de-infância é considerada a melhor forma de dar às crianças um bom início de vida, particularmente para as crianças em risco social. As bases legislativas da Educação Precoce na Infância (ECE) foram publicadas na Suécia e na Noruega no final dos anos 1990, na Dinamarca foram estabelecidas em 2004, e na Finlândia o sistema está já bem estabelecido, pois está em desenvolvimento desde 1973, e desde 2000, que a ECE se foca nos direitos da criança. Há uma grande diferença entre os modelos nórdicos e os modelos dos outros países europeus, apesar de todos terem a preocupação de diminuir as desvantagens das crianças em risco, através dos sistemas de intervenção precoce e de reflectirem sobre as questões de política social. A investigação sobre a situação nos países Nórdicos (Jensen, 2009) revela uma consciencialização crescente na forma de identificar os grupos-alvo de ECE,

bem como na formação dos educadores de infância e na necessidade de novos métodos de avaliação para determinar boas práticas. O autor refere que é necessário continuar a investir neste domínio de intervenção, pois o sistema ainda não garante oportunidades sociais e intelectuais a todas as crianças. Nestes países, os sistemas públicos de atendimento à infância providenciam os serviços e apoios básicos a todas as crianças e famílias, o que implica menos esforços colocados nos serviços de intervenção precoce para grupos específicos de crianças. O lado negativo deste modelo, de acordo com Björck-Akesson e Granlund (2003), é que algumas vezes os profissionais nos serviços básicos não têm as competências necessárias para apoiar crianças com necessidades especiais. De um modo geral, a intervenção precoce abrange as crianças com necessidade de apoio especial do nascimento até à entrada para a escola. Os serviços de IP são baseados nos contextos de vida da criança. As comunidades e autarquias são responsáveis pela IP de acordo com os três níveis de prevenção. A nível primário, a comunidade tem a responsabilidade básica do bem-estar de todas as crianças e famílias, através dos serviços de saúde para a criança (CHS), serviços sociais e de educação. A nível secundário, a comunidade tem a responsabilidade de intervir nos programas de creche e jardim-de-infância; se a criança tem necessidades especiais pode ter apoio especializado através dos centros de habilitação para a criança (CHC). A nível terciário, a comunidade é responsável por criar um ambiente saudável para as crianças e famílias, os CHS e CHC providenciam supervisão e consultoria aos profissionais dos serviços, bem como formação continua.

- A Alemanha tem actualmente um sistema em rede de Centros de Intervenção Precoce na Infância (ECI). Estes centros providenciam apoio centrado na família para crianças em situação de risco de desenvolvimento. A lei alemã distingue dois tipos de instituições no sistema: os centros ECI interdisciplinares, a nível local e regional, e os centros sócio-pediátricos (SPZ), a nível supra-regional, ambos a funcionarem com equipas interdisciplinares. A abordagem interdisciplinar foi preconizada pela primeira vez na Lei da Reabilitação de 2001 e no Decreto-Lei da Intervenção Precoce em 2003. Estes normativos legais determinam que apenas as instituições supra-mencionadas

podem oferecer serviços de IP. Nos SPZ as equipas interdisciplinares têm, sobretudo, uma intervenção focada no diagnóstico, mas também podem oferecer apoios a longo prazo sediados no centro, mas não prestam apoio domiciliário. Isto implica que os pais sejam obrigados a deslocar-se aos centros para terem apoio, e implica também, como referem Sohns, Hartung e Camargo (2010), que os profissionais não tenham possibilidade de avaliar os impactos dos factores ambientais na situação. O financiamento destes serviços é realizado através do sistema público de saúde. O sistema regional dos centros ECI permite a prestação de serviços quer sediados no centro quer no domicílio. Na maior parte dos casos o apoio domiciliário significa na casa da criança, mas em muitos centros também significa trabalhar com a criança no jardim-de-infância. A administração local é responsável pelo financiamento do apoio pedagógico e as companhias de seguros de saúde financiam os apoios terapêuticos, sendo estabelecidos acordos para esse efeito. Contudo, esta parceria tem sido difícil de implementar no terreno e distancia-se bastante das intenções da lei. As companhias de seguros solicitam múltiplos procedimentos de diagnóstico, o que entrava a cooperação interdisciplinar e não financia o aspecto importante do aconselhamento e apoio aos pais (Sohns, Hartung, & Camargo, 2010). Os acordos estabelecidos tiveram, apesar destas dificuldades, a vantagem de se ter estabelecido uma cooperação mais formal entre os pedagogos dos centros e os médicos de família. De acordo com Peterander (2000) todas as famílias de crianças com incapacidades ou atrasos no desenvolvimento dispõem de programas de intervenção precoce gratuitos.

- Na Áustria a intervenção precoce é geralmente *prescrita* por um período de um ano (período de monitorização), e as crianças em risco biológico e/ou risco social ou com condição estabelecida ficam no programa, em média, durante dois anos. Estes programas são gratuitos e disponibilizados por serviços descentralizados (maioritariamente por organizações não governamentais). Para as crianças serem integradas no programa é requerido um diagnóstico médico ou psicológico e a cooperação mínima dos pais. Apesar de alguma heterogeneidade nas formas de providenciar os serviços, os contactos profissionais consistem num conjunto hierárquico de passos, que

incluem: primeiro contacto; vinculação; avaliação ou procedimentos de diagnóstico; trabalho orientado por metas; reflexão; e, avaliação. O modelo austríaco é baseado num modelo de parceria em intervenção precoce que enfatiza a importância da responsabilidade definida e partilhada entre pais e profissionais. Os parceiros, especialmente os profissionais, precisam de um modelo que inclua: transparência da comunicação; competência parental para cuidar da criança; definição das responsabilidades, funções, e objectivos; e, intervenções baseadas em contratos. De acordo Pretis (2005) o modelo de prestação de serviços, define a intervenção precoce como um processo interactivo, aberto, que procura ajustar-se às circunstâncias individuais, mas tem que providenciar um enquadramento estruturado que permita a melhoria da transparência, cooperação, e, espera-se, controlo de qualidade.

- Na Bélgica, os serviços de intervenção precoce apoiam famílias de crianças com incapacidades do nascimento aos oito anos de idade e são prestados maioritariamente em casa. De acordo com Detraux e Thririon (2010), estudos recentes parecem revelar que a resposta dada às necessidades dos pais é satisfatória, embora algumas famílias de bebés com incapacidades refiram que não receberam informação adequada. Os serviços de intervenção precoce (SIP) apoiam a criança e a família, consistindo o apoio no acompanhamento da situação com base num plano individual (que deve discriminar objectivos, estratégias, serviços a prestar, forma de avaliação e revisão do processo) sendo respeitados os hábitos socioculturais e as crenças dos pais. Os SIP não providenciam terapias ou cuidados médicos, sendo encorajada a utilização regular de hospitais, de centros específicos de reabilitação ou de terapias privadas, actuando os profissionais dos serviços como mediadores e procurando capacitar as famílias como um todo. A intervenção inclui apoio individualizado a crianças com incapacidades, apoio educativo e social aos pais, promoção da prevenção e desenvolvimento de acções de base comunitária, com o objectivo de divulgar informação, formar profissionais e população em geral. Preconiza-se uma abordagem transdisciplinar por parte da equipa, podendo a família decidir se o apoio será ou não prestado no domicilio. A organização dos serviços varia em função das

Regões, sendo criados e geridos por organizações não-governamentais que recebem subsídios do governo, tendo os pais que contribuir, também, financeiramente. Os serviços têm que estabelecer um plano de formação bianual relativo aos objectivos, contexto de intervenção e dinâmica do serviço, bem como competências de cada membro da equipa.

- No Reino Unido, desde os anos 1980, tem havido um interesse crescente e um desenvolvimento das iniciativas relacionadas com a intervenção precoce. Historicamente, a intervenção precoce foi vista como um serviço dirigido individualmente à *criança*, mas desde os anos 1970, começou a dar-se ênfase aos *pais* como parceiros no programa de intervenção precoce e um reconhecimento paralelo de que o apoio de alta-qualidade à família é um elemento essencial num programa de intervenção precoce (Carpenter & Russell, 2005). Tem também havido um interesse crescente pela implementação da IP através de grupos de apoio para pais e programas educativos direccionados para famílias desfavorecidas cujas crianças estão em risco. A intervenção procura promover a confiança, competência, e condições económicas dos pais. Focaliza-se na educação dos pais e na família como um todo, assim como na criança. Historicamente, a IP desenvolveu-se no Reino Unido em função de duas abordagens distintas, caracterizadas por enfoques diferentes. A primeira representada por um conjunto de intervenções desenhadas para acompanhar a desvantagem social e promover competências parentais. A segunda tinha como foco principal as crianças com incapacidades, as intervenções também tinham enfoque nos pais, mas assumiam mais um papel educativo e envolviam os pais como parceiros num programa de ensino estruturado ou terapêutico (Carpenter, 2007). A intervenção precoce dirigida para a exclusão social e para a maximização do desenvolvimento da criança é um tema central das propostas para “reformular os serviços para as crianças no século XXI” e dá à IP alta prioridade em todos os serviços. Em 2004, as autoridades locais tiveram que estabelecer uma rede de apoio para os primeiros anos (Área de Coordenação para as Necessidades Educativas Especiais), tendo como papel decisivo construir elos entre diferentes contextos e serviços, quer sejam providenciados pela educação, acção social, saúde, ou

voluntariado. Embora este recurso seja dirigido prioritariamente às crianças a partir dos três anos, a rede liga-se com a identificação precoce e serviços de intervenção apoiando a transição apropriada desde o nascimento até à idade escolar de crianças com ou sem incapacidades e suas famílias. A importância da identificação precoce é reforçada através do Código de Prática das Necessidades Educativas Especiais, que reconhece a importância de desenvolver um contínuo de intervenções desde o nascimento e durante toda a vida educacional da criança (Carpenter & Russell, 2005).

Apesar da extraordinária diversidade que é aparente na comunidade internacional, parece haver algum consenso em relação a alguns princípios, nomeadamente, no que diz respeito: (a) à monitorização e supervisão da prática; (b) aos vários níveis de coordenação; (c) à importância da avaliação dos factores de risco; (d) ao foco de intervenção baseado na rede de recursos e de apoios sociais; (e) à disponibilização de informação e serviços; e, entre outros, (f) à implementação de programas de prevenção primária. De acordo com Guralnick (2008), se fosse posto em prática um programa consistente com estes princípios levaria progressivamente a comunidade internacional a estar cada vez mais próxima. E, o autor, acredita, que o resultado seria a criação de condições em todas as comunidades, onde as crianças vulneráveis e as suas famílias podiam progredir.

#### **4.2. Situação das práticas em Portugal**

Nas últimas duas décadas houve uma expansão significativa dos programas de intervenção precoce no nosso país. Inicialmente estas práticas não foram enquadradas por medidas legislativas específicas, e foi em 1999 que se publicou o primeiro diploma legal com os princípios orientadores para a organização dos serviços em intervenção precoce na infância, que reflectia as práticas e investigação neste domínio a nível internacional, particularmente nos Estados Unidos da América.

Não querendo fazer um longo historial no que diz respeito à implementação de programas de intervenção precoce na infância no nosso

país, importa referir que os primeiros serviços, estruturados de acordo com as normas internacionais, surgiram nos anos 80 e sobretudo nos anos 90 do século passado, após a publicação de normativos legais, a nível da acção social e da educação, que possibilitaram o desenvolvimento de projectos e a estruturação de serviços, sobretudo por parte de organizações não governamentais do sector da solidariedade social (ver Quadro 5).

É necessário reconhecer o contributo que o movimento associativo proporcionou ao nosso país no âmbito do atendimento às crianças com alterações no desenvolvimento e suas famílias. Graças ao seu contributo deram-se passos muito importantes para a inclusão destas crianças, constituindo um apoio substancial para o atendimento à infância.

A intervenção precoce no nosso país foi-se modificando, progressivamente, no sentido de uma abordagem centrada na família, que teve como instrumento catalisador a recomendação da elaboração de um Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF), desenvolvido e implementado pela equipa em colaboração com a família. Este “plano individual de intervenção”, que constituía uma orientação reguladora do Despacho Conjunto 891/99, baseou-se na versão americana do *Individualized Family Service Plan* (IFSP), concebido como um processo de planeamento, baseado nas prioridades, preocupações, forças e necessidades das famílias, e é implementado pela equipa constituída pela família e pelos profissionais (McGonigel, Kaufman, & Johnson, 1991). Quando se iniciaram acções no âmbito da Intervenção Precoce nos anos 1980, não existia legislação nem qualquer tipo de recomendações para a estruturação dos serviços em Portugal. Na maioria dos casos os serviços eram centrados na criança, usando os mesmos métodos que os programas de educação especial para as crianças mais velhas (Boavida & Borges, 1994).

De facto, a publicação do Despacho conjunto 891/99 representou um passo importante no caminho para o desenvolvimento de programas mais ecológicos e estruturados numa perspectiva de intervenção centrada na família. Enfatizava o envolvimento da família e da comunidade no processo de

avaliação e intervenção, e especificava que os procedimentos necessários deveriam ter lugar nos contextos de vida da criança.

**Quadro 5. Intervenção Precoce na Infância em Portugal**

<i>Período</i>		<i>Marcos Históricos</i>
<b>Século XX</b>	<b>Anos 1960</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Criação do Serviço de Orientação Domiciliária – Implementado por enfermeiras de saúde pública dos Centros Materno-Infantis.</li> <li>❖ Primeiros programas dirigidos a crianças com necessidades especiais, nomeadamente, intervenção nas primeiras idades para crianças cegas, a nível nacional.</li> </ul>
	<b>Anos 1970</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Criação de Equipas de Orientação Domiciliária – Constituídas por educadoras especializadas do Ministério dos Assuntos Sociais.</li> <li>❖ Criação da divisão de Educação Especial e, sob tutela do Ministério da Educação, fundação por iniciativa de pais e profissionais das Cooperativas de Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas.</li> </ul>
	<b>Anos 1980</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Programa Portage para Pais – Implementado e divulgado pela Direcção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica.</li> <li>❖ Projecto Integrado de Intervenção Precoce – Modelo de coordenação e de integração de serviços do Distrito de Coimbra.</li> </ul>
	<b>Anos 1990</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Ratificação da Convenção sobre os Direitos da Criança das Nações Unidas.</li> <li>❖ Assinatura da Declaração de Salamanca, que preconiza a intervenção e inclusão precoces para crianças em risco de atrasos no desenvolvimento ou com incapacidades.</li> <li>❖ Implementação a nível nacional de vários projectos e serviços de intervenção precoce, dinamizados por Cooperativas ou Associações de Solidariedade Social.</li> <li>❖ Despacho n.º 26/95, Ministério da Segurança Social – Regulamenta o Programa Ser Criança.</li> <li>❖ Portaria 52/97, Ministério da Educação – Regulamenta a articulação com as equipas de educação especial, para atendimento a crianças entre os 0 e os 6 anos de idade com necessidades especiais.</li> <li>❖ Portaria n.º 1195/95, Ministério da Educação – Regulamenta as condições de frequência dos alunos com necessidades especiais nas Cooperativas de Educação Especial e define, quando da sua revisão em 97, a Intervenção Precoce.</li> <li>❖ Portaria n.º 1102/97, Ministério da Educação – Regulamenta o financiamento a projectos integrados, incluindo a prestação de apoios às famílias, promovidos por instituições de solidariedade social.</li> <li>❖ Despacho Conjunto n.º 198/99 – Aprova o conjunto referencial de perfis de formação especializada dos educadores de infância e dos professores dos ensinos básico e secundário.</li> <li>❖ Despacho Conjunto n.º 891/99, Ministérios da Educação, da Saúde, do Trabalho e da Solidariedade Social – Aprova as orientações reguladoras da Intervenção Precoce para crianças com deficiência ou em risco de atraso grave do desenvolvimento e suas famílias.</li> </ul>
<b>Século XXI</b>	<b>Anos 2000</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Ratificação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência das Nações Unidas.</li> <li>❖ Decreto-Lei n.º 281/2009, Ministério da Saúde – Criação do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância.</li> </ul>

Este normativo legal estabelecia nas suas orientações reguladoras que:

a) A intervenção precoce tem como destinatários crianças até aos seis anos de idade, especialmente dos zero aos três anos, que apresentem deficiência ou risco de atraso grave do desenvolvimento (ponto 3.1).

b) A intervenção precoce implica uma cultura e atitude dos agentes envolvidos, assente no reconhecimento que as necessidades destas crianças só podem ser devidamente avaliadas e interpretadas no contexto familiar e social (ponto 4.1).

c) A selecção dos casos para apoio em intervenção precoce é feita pelas equipas de intervenção directa e de acordo com os critérios de elegibilidade a definir pelas equipas de coordenação (ponto 7.2).

d) As equipas de intervenção directa actuam numa base concelhia, podendo, sempre que se justifique, englobar vários concelhos ou ser definidas por referência a freguesias (ponto 9.2).

e) As equipas de intervenção directa, conjuntamente com as famílias das crianças, elaboram executam e avaliam o plano individual de intervenção (ponto 9.3.2).

O diploma legal, em análise, teve o mérito de impulsionar o desenvolvimento de diversos projectos de intervenção precoce a nível nacional, em particular na região Centro e sobretudo no Alentejo (Almeida, 2008; Franco & Apolónio, 2008). Nas outras regiões, a legislação não foi plenamente implementada por falta de envolvimento das autoridades políticas regionais (Boavida, Carvalho, & Espe-Sherwindt, 2009). E, como referem Pinto, Grande, Felgueiras, Almeida, Pimentel e Novais (no prelo), a sua publicação “veio, não só, propor um enquadramento teórico para as práticas, como dinamizar as parcerias e a partilha de recursos, bem como formação no âmbito da IP”.

Contudo, constatou-se que a implementação deste modelo de intervenção, não foi uniforme a nível nacional, verificando-se muitas assimetrias em função das diferentes regiões. Como refere Bairrão (2006) verificou-se que era problemático realizar uma IP tal como o Despacho Conjunto propunha, funcionando os diferentes serviços de acordo com as suas vontades. Assim, não se cumpriam os critérios preconizados para a avaliação

pluridisciplinar, para a participação da família aos vários níveis do sistema, para a formação continua dos técnicos, para a multidisciplinaridades na avaliação dos programas, bem como para a coordenação interserviços que, ou não existia ou não era uniforme.

Desenvolveram-se vários programas e serviços pelo país, alguns centrados na criança, outros centrados no profissional, implementados por profissionais de modo isolado ou por equipas. Estes programas e serviços foram sendo estruturados na dependência de diferentes tutelas, alguns dependendo de Departamentos da Educação ou da Saúde, outros dependendo directamente da Segurança Social, ou foram estruturados como resultado da articulação de entidades públicas e privadas (Almeida, 2000; Bairrão & Almeida, 2002). O enquadramento conceptual, modelos de prestação de serviços, público-alvo, metas, avaliação de resultados, nível de envolvimento parental, tipo, intensidade e duração dos serviços, variavam muito de programa para programa e até no âmbito do mesmo programa.

A implementação de modelos centrados na família, no nosso país, não é pois uma realidade, visto que os pais não têm estado envolvidos como verdadeiros parceiros no processo de intervenção, que tem sido maioritariamente caracterizado, de acordo com Coutinho (2003, p.229), “pelo modelo de especialista, no qual os pais não têm participação activa no processo de intervenção com o seu filho, nem na tomada de decisões relativas ao mesmo”.

Os anos 90 foram, de facto, anos de grande desenvolvimento da IPI em Portugal, tendo evoluído de um serviço emergente, centrado na criança, para um domínio em crescimento com um enquadramento conceptual totalmente diferente (Boavida, Carvalho, & Espe-Sherwindt, 2009). Desde o início deste século, a intervenção precoce na infância ampliou a sua influência, e profissionais, serviços e famílias estão plenamente conscientes da mudança de paradigma que ocorreu no nosso país. Uma abordagem centrada na família, inclusiva, ecológica e abrangente começou a ser implementada em algumas localidades. De modo geral, as famílias e os profissionais referem que

valorizam as práticas enquadradas por esta abordagem (Almeida, 2008). Contudo, tal como referem Dahlberg, Moss e Pence (2003, p.191) “novas palavras e novos conceitos não mudam de imediato a prática”.

O domínio da intervenção precoce atingiu um estágio de maturidade que é reflectido em alguns estudos referenciados neste trabalho. Dos estudos realizados e publicados entre nós, merecem-nos referência especial o trabalho de Bairrão e Almeida (2002) pela dimensão nacional da amostra; o de Cruz (2003) pela adaptação da “Escala de Satisfação das Famílias em Intervenção Precoce” (Lanners & Mombaerts, 2000); o de Pimentel (2005) pela comparação das percepções dos pais e respectivos profissionais de apoio em todos os Programas do distrito de Lisboa e adaptação da “Escala de Intervenção Focada na Família” (Mahoney, O’Sullivan, & Dennenbaum, 1990); o de Almeida (2008) pela panorâmica geral da situação da intervenção precoce em Portugal, com base no estudo das ideias de especialistas, dos profissionais e das famílias; o de Franco & Apolónio (2008) pela avaliação do impacto da intervenção precoce no Alentejo, a nível das crianças e famílias apoiadas, bem como do funcionamento dos serviços de saúde e de educação; e, o de Pereira & Serrano (2009) pela avaliação das práticas dos profissionais integrados em projectos de intervenção precoce a nível nacional (continente e ilhas).

Passadas três décadas desde que se iniciaram os primeiros serviços de intervenção precoce, é necessário que a operacionalização do novo normativo legal estabeleça a adequada planificação deste sector em todo o território nacional, devendo harmonizar modelos de funcionamento, pois existe grande variabilidade de situações em matéria de intervenção precoce nas diferentes regiões do país.

Na investigação realizada por Almeida (2008), face ao futuro da intervenção precoce no nosso país, os especialistas mostraram alguma incerteza, pois apesar da dinâmica existente e da motivação dos profissionais, consideram que existem condicionalismos de ordem política que podem ter repercussões negativas. De acordo com Boavida, Carvalho e Espe-Sherwindt (2009) as maiores prioridades em Portugal para as próximas décadas serão

desenvolver formas de melhorar o envolvimento das famílias, redefinir a formação de acordo com os resultados desejados e garantir a qualidade dos serviços. Estes autores consideram que, depois de duas décadas de evolução para uma abordagem baseada na evidência, o grande desafio para os profissionais será manter a qualidade dos serviços de intervenção precoce apesar dos obstáculos legislativos e financeiros.

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

Joaquim Bairrão (2004)



# Capítulo II

Estudo Empírico: Avaliação da Qualidade



## 1. Princípios éticos, direitos e objectivos do estudo

Quando a actual política social relativa a bebés e crianças em risco é tida em linha de conta em conjugação com os avanços verificados nas conceptualizações teóricas e pesquisa a ela associadas, fica claro que a intervenção precoce está a emergir entre várias disciplinas como uma área de investigação científica única e dinâmica (Wilcox, 2003).

As alterações no desenvolvimento têm implicações a nível individual, familiar e social, pelo que é necessário oferecer respostas que evitem, tanto quanto possível, as discriminações e limitações subseqüentes aos problemas das crianças em risco e suas famílias. Tal como é referido no *Libro Blanco de la Atención Temprana* (2005), o compromisso da nossa sociedade com a protecção da infância, especialmente com os grupos que estão em risco de sofrer alterações no seu desenvolvimento, para além de ser um expoente inequívoco de progresso e de solidariedade, tem que envolver todos os sectores sociais. Garante-se, deste modo, a compreensão das desigualdades individuais e o direito de todos a alcançar um desenvolvimento evolutivo o mais normalizado possível e uma vida plena e independente.

A fundamentação da intervenção precoce enquadra-se na Convenção sobre os Direitos da Criança, bem como na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Trata-se, assim, de uma questão de *direitos humanos* e não de boa vontade dos Estados. No que diz respeito aos *direitos da criança*, a Convenção estabelece que:

Artigo 3 – Os Estados Partes garantem que o funcionamento de instituições, serviços e estabelecimentos que têm crianças a seu cargo e asseguram que a sua protecção seja conforme às normas fixadas pelas autoridades competentes, nomeadamente nos domínios da segurança e saúde, relativamente ao número e qualificação do seu pessoal, bem como quanto à existência de uma adequada fiscalização.

Artigo 5 – Os Estados Partes respeitam as responsabilidades, direitos e deveres dos pais e, sendo caso disso, dos membros da família

alargada ou da comunidade nos termos dos costumes locais, dos representantes legais ou de outras pessoas que tenham a criança legalmente a seu cargo, de forma a assegurar à criança o desenvolvimento das suas capacidades.

Artigo 18 – Os Estados Partes asseguram uma assistência adequada aos pais e representantes legais da criança no exercício da responsabilidade que lhes cabe de educar a criança e garantem o estabelecimento de instituições, instalações e serviços de assistência à infância.

Artigo 23 – Os Estados Partes reconhecem à criança mental e fisicamente deficiente 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. Os Estados Partes reconhecem à criança deficiente o direito de beneficiar de cuidados especiais e encorajam e asseguram, na medida dos recursos disponíveis, a prestação à criança que reúna as condições requeridas e àqueles que a tenham a seu cargo de uma assistência correspondente ao pedido formulado e adaptada ao estado da criança e à situação dos pais ou daqueles que a tiverem a seu cargo (Nações Unidas, 1989, p.7, p.13, p.16).

E, no que concerne aos *direitos das pessoas com deficiência*, a Convenção das Nações Unidas preconiza que:

Artigo 25 – Os Estados Partes reconhecem que as pessoas com deficiência têm direito ao gozo do melhor estado de saúde possível sem discriminação com base na deficiência. Os Estados Partes devem, nomeadamente, providenciar os serviços de saúde necessários às pessoas com deficiência, especialmente devido à sua deficiência, incluindo a detecção e intervenção atempada, sempre que apropriado, e os serviços destinados a minimizar e prevenir outras deficiências.

Artigo 26 – Os Estados Partes tomam as medidas efectivas e apropriadas, incluindo através do apoio entre pares, para permitir às pessoas com deficiência atingirem e manterem um grau de independência máximo, plena aptidão física, mental, social e vocacional e plena inclusão e participação em todos os aspectos da

vida. Para esse efeito, os Estados Partes organizam, reforçam e desenvolvem serviços e programas de habilitação e reabilitação diversificados, nomeadamente nas áreas da saúde, emprego, educação e serviços sociais, de forma que estes serviços e programas:

- (a) Tenham início o mais cedo possível e se baseiem numa avaliação multidisciplinar das necessidades e potencialidades de cada indivíduo;
- (b) Apoiem a participação e inclusão na comunidade e em todos os aspectos da sociedade, sejam voluntários e sejam disponibilizados às pessoas com deficiência tão próximo quanto possível das suas comunidades, incluindo em áreas rurais.

Os Estados Partes promovem o desenvolvimento da formação inicial e contínua para os profissionais e pessoal técnico a trabalhar nos serviços de habilitação e reabilitação (Nações Unidas, 2009, p.23, p.24).

Uma das metas basilares da nossa sociedade será, então, a plena inclusão para as crianças com incapacidades e suas famílias, tal como estabelecido no articulado das Convenções das Nações Unidas. Neste contexto, a intervenção precoce é o primeiro passo para se atingir essa meta fundamental (Carpenter, 2007).

As Normas sobre Igualdade de Oportunidades para as Pessoas com Deficiência, adoptadas pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1994, especificam concretamente a importância de os Estados assegurarem medidas de promoção da qualidade dos cuidados de saúde para as crianças com deficiência, nomeadamente a nível da intervenção precoce:

Norma 2 – Os Estados devem esforçar-se por organizar programas orientados por equipas multidisciplinares nos domínios da prevenção precoce, da avaliação e do tratamento da deficiência. Poder-se-á, assim, prevenir, reduzir ou eliminar os efeitos das deficiências. Estes programas devem garantir, a nível individual, a plena participação das pessoas com deficiência e das suas famílias e, a nível do planeamento e da avaliação, das organizações de pessoas com deficiência.

Os agentes dos serviços sociais, que trabalham a nível das comunidades locais devem receber a formação necessária para

estarem aptos a intervir no domínio da intervenção precoce das deficiências, da prestação de cuidados primários e do encaminhamento para os serviços competentes (Nações Unidas, 1995, p.20).

O Plano de Acção do Conselho da Europa de 2006-2015, no que respeita às recomendações para promover os direitos e a total participação das pessoas com deficiência/incapacidade na sociedade, melhorando a sua qualidade de vida, propõe nas suas “linhas de acção”, que seja reconhecida a necessidade da intervenção precoce e, conseqüentemente, se estabeleçam medidas para se detectar, diagnosticar e tratar as deficiências num estágio inicial e se desenvolvam, igualmente, directrizes eficazes visando a detecção precoce e medidas de intervenção, bem como “assegurar, em especial, que a intervenção precoce se processe com a maior qualidade e que a abordagem multidisciplinar seja desde o nascimento, incluindo o apoio aos progenitores, dispensando-lhes toda a orientação” (Conselho da Europa, 2006, p.40).

Portugal ratificou as resoluções das Nações Unidas, tal como as recomendações do Conselho da Europa. Nesse enquadramento, ao definir o Plano Nacional de Acção para a Inclusão (PNAI, 2006-2008), estabeleceu, como uma das medidas a implementar, o *Modelo Nacional de Intervenção Precoce*: “Integrar crianças dos 0-6 anos com deficiência ou em risco alto de atraso grave no desenvolvimento, potenciando para o efeito recursos, acções integradas e descentralizadas dos serviços; garantir também uma melhor cobertura e melhor qualidade das respostas da comunidade às necessidades multidimensionais e específicas das crianças e suas famílias” (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006, p. 73). Este Plano tinha, também, como meta, criar uma base de dados nacional com informação sobre as crianças e sobre o atendimento prestado em matéria de intervenção precoce. Ainda no âmbito do PNAI, outra das medidas propostas dizia respeito ao “programa de intervenção com famílias de crianças e jovens abrangidas por medidas de protecção”, preconizando a formação e qualificação destas famílias em meio natural de vida.

O Despacho Conjunto n.º 891/99 estabeleceu, em Portugal, as orientações relativas às práticas de intervenção precoce, tendo sido concebido com base na legislação em vigor nos Estados Unidos da América. A publicação deste normativo legal foi efectuada, tal como referem Bairrão e Almeida (2002), sem ter havido um trabalho prévio no sentido de se perceber qual o estado da arte no nosso país e sem ter sido avaliado se seria este o modelo mais adequado à realidade Portuguesa. De acordo com Bairrão (2003), os modelos teóricos relativos à intervenção precoce devem adequar-se à realidade e cultura do nosso país, tal como as práticas dos diferentes programas se devem adequar às comunidades que servem, promovendo uma efectiva coordenação entre serviços e recursos locais e a participação das famílias.

Actualmente, a intervenção precoce está generalizada a todo o país, embora com algumas assimetrias regionais, estando legalmente enquadrada por uma perspectiva de actuação sistémica no sentido de garantir condições de desenvolvimento das crianças com alterações nas estruturas ou nas funções do corpo que limitam a participação nas actividades típicas para a respectiva idade e contexto social, ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, e de promover a sua autonomia e qualidade de vida, bem como das suas famílias (Decreto-Lei nº 281/2009).

Assim, tendo em consideração as directrizes legais existentes, bem como a fundamentação teórica explicitada no capítulo anterior, ao desenvolver este projecto de investigação propusemo-nos:

- a) Caracterizar a realidade de serviços de intervenção precoce estruturados com base no enquadramento legal em vigor<sup>11</sup>;
- b) Analisar em que medida os programas estudados traduzem práticas de intervenção precoce recomendadas a nível internacional, baseadas em modelos teóricos centrados na família;
- c) Avaliar em que medida as práticas efectivamente implementadas pelos profissionais correspondem às percepções que estes têm acerca das

---

<sup>11</sup>A 6 de Outubro de 2009, foi publicado o Decreto-Lei nº 281/2009, que tem por objecto a criação de um Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), contudo o nosso estudo teve por base as orientações reguladoras estabelecidas para a intervenção precoce pelo Despacho Conjunto n.º 891/99.

suas práticas, bem como às necessidades identificadas pelos profissionais ao nível da criança, da família e da gestão dos recursos da comunidade.

Trata-se, pois, de realizar a avaliação de programas e práticas, identificando indicadores de qualidade nos serviços de intervenção precoce.

Os serviços prestados pelas equipas de intervenção precoce, que são alvo primordial deste estudo, têm a particularidade de se terem estruturado de acordo com o normativo legal de 1999, que preconizava já uma intervenção em estreita colaboração ou parceria com parte significativa do equipamento social das comunidades onde as equipas estão inseridas, nomeadamente a nível da: saúde (centros de saúde, hospitais), educação (creches, jardins de infância, apoios educativos, agrupamentos de escolas), segurança social (serviços locais de acção social), comissões de protecção de crianças e jovens, autarquias e outras organizações não governamentais.

Considerando este contexto, pretendemos, com este estudo, determinar em que medida as práticas avaliadas no distrito de Portalegre estão, de facto, a ser desenvolvidas em conformidade com os princípios internacionalmente recomendados e preconizados na lei, no sentido de contribuir para a promoção da qualidade dos serviços já implementados, quer ao nível das equipas desta região e dos respectivos parceiros, quer ao nível de serviços de intervenção precoce noutras zonas geográficas.

Uma dimensão relevante da avaliação das práticas em intervenção precoce consiste na identificação de eventuais discrepâncias entre os objectivos dos programas e a forma como estes estão a ser implementados, sendo uma forma de compreender e aprender com o trabalho que está a ser desenvolvido. Por isso, tal como refere Pimentel (2005), os dados desta avaliação são essenciais para os profissionais, para os pais e para a tomada de decisões a nível político.

O conceito de qualidade tem vindo a ser gradualmente introduzido no domínio da educação de infância, sendo também, neste momento, uma questão central em todos os serviços tutelados pela Direcção Geral de Acção Social, actuando como um impulso para se iniciar uma cultura de autoavaliação

e de avaliação externa. Em qualquer sector de actividade, a avaliação da qualidade, tanto das estruturas, como dos processos e dos resultados, constitui um elemento imprescindível para assegurar um desempenho adequado.

A intervenção precoce não pode ser vista exclusivamente como uma vertente de reabilitação, de intervenção psico-social ou de educação, deve sim fazer parte de um processo integrado, que tem como fim último o desenvolvimento harmónico das crianças nos seus contextos de vida. E, de acordo com o *Libro Blanco de la Atención Temprana* (2005), para se atingir esta meta é necessário que neste sector se ofereçam *níveis satisfatórios de eficiência e de qualidade na intervenção*.

Na maioria dos países europeus, tem também havido um incremento nos esforços para definir a qualidade da intervenção precoce (Pretis, 2005). O trabalho desenvolvido pela EURLY AID (2009) sugere que sejam desenvolvidos instrumentos e métodos para se avaliar de modo holístico a qualidade dos serviços. Detraux e Thirion (2010) referem que a constituição de um painel europeu de peritos poderia ajudar os serviços a implementar um sistema de avaliação, tal como se realiza no domínio da educação a nível universitário.

A revisão da literatura aponta para o facto de a avaliação da qualidade das práticas, bem como das redes de serviços, precisar de ser promovida. Contudo, tal como salientam Aytch, Castro e Selz (2004), as práticas de intervenção precoce têm características que apresentam desafios metodológicos significativos para a avaliação dos programas, particularmente no que se refere à sua qualidade, a saber: (a) a intervenção precoce representa uma enorme variedade de serviços; (b) os serviços têm que ser muito individualizados com base nas necessidades específicas e prioridades da criança e família; (c) os serviços pretendem responder a múltiplos objectivos com a antecipação de diferentes resultados; (d) e, muitas das características desejadas para o serviço (por exemplo, prática centrada na família, qualidade do relacionamento entre profissional e família) são muito subjectivas. Estas diferentes características dos serviços de IP tornam a tarefa de avaliação da qualidade do programa um projecto nada fácil.

Pretendemos, com os indicadores de qualidade identificados neste estudo, contribuir para uma melhoria efectiva da prestação de serviços neste domínio de intervenção e contribuir, também, a nível de conteúdos específicos, para a formação inicial e especializada dos profissionais, assim como para perspectivar um modelo de intervenção precoce mais adaptado à realidade Portuguesa. Os resultados desta investigação poderão ajudar ainda na estruturação de um referencial de critérios de qualidade que possibilitem a avaliação das práticas, bem como para introduzir uma cultura de gestão de procedimentos no âmbito da intervenção precoce e servir como estímulo para iniciativas de intercâmbio, formação e investigação.

*O desejo de introduzir critérios de qualidade, mecanismos de regulação e objectivos comuns que permitam analisar as práticas profissionais mais do que as descrições teóricas ou as estatísticas, parece ser um desejo partilhado pela maioria dos protagonistas da intervenção precoce. Os legisladores querem conhecer a utilidade dos serviços; os administradores a sua eficácia; os profissionais querem reconhecimento do seu trabalho e estímulo para a formação e investigação; os pais, cuja participação é sem dúvida decisiva, pretendem elementos concretos de orientação em relação ao que podem e devem esperar da Intervenção Precoce.*

Jaime Ponte (2006)

## 2. Qualidade das práticas: questões de investigação

A partir da década de noventa do século passado, com a mudança do enfoque e dos objectivos dos programas de intervenção precoce, as questões de investigação prioritárias sofreram profundas alterações.

Bailey e colaboradores (1998), consideram que os estudos que visam avaliar a eficácia dos programas de intervenção precoce devem abordar as percepções que a família tem relativamente à sua experiência e à satisfação como participante no programa, bem como a influência que a intervenção precoce tem nos vários aspectos da vida familiar. Assim, e de acordo com estes autores, o avaliador deverá reunir documentação escrita e recolher informações a vários níveis:

a) dos coordenadores, ao nível da filosofia e modelos do programa e forma como estes reflectem um enfoque na família partilhado por todos os elementos da equipa;

b) dos profissionais que prestam serviços às famílias, ao nível das práticas de trabalho e da forma como estas reflectem a natureza da relação família/profissional, bem como as necessidades de formação e o grau de satisfação sentido por estes;

c) da família, relativamente à sua satisfação com o programa, assim como, em que medida a intervenção contribui para o aumento da sua competência para proporcionar um ambiente estimulante à criança e para a qualidade de vida familiar.

No entanto, a avaliação das práticas em intervenção precoce não deverá limitar-se a identificar as percepções de pais e profissionais ou a responder a questões relativas às acções desenvolvidas nos programas, mas deverá avaliar também eventuais discrepâncias entre os objectivos delineados e a forma como estão a ser efectivamente desenvolvidos na prática, e em que medida o programa cumpre as recomendações e legislação em vigor (Bailey, 2001; Dunst & Bruder, 2002).

A revisão da literatura evidencia que os efeitos dos programas de intervenção precoce no desenvolvimento das crianças são mediados pela qualidade do programa. Isto significa que o desenvolvimento da criança é ou não potenciado em função da melhor ou pior qualidade dos programas (Bruder, 1997; Bailey et al. 1998; Guralnick, 2004). Contudo, tal como referem Kontos e Diamond (2002), estes resultados têm sido baseados em estudos que avaliam aspectos gerais da qualidade dos programas (por exemplo, organização do espaço, materiais e actividades para promover o desenvolvimento), mas não a qualidade dos serviços especializados e característicos da intervenção precoce (por exemplo, terapias, coordenação de serviços). Ainda assim, assume-se que os efeitos da intervenção precoce estão relacionados com a qualidade destes serviços (Aytch, Castro & Selz-Campbell, 2004; Bailey et al., 1998).

Uma das razões para a falta de dados é a inexistência de instrumentos para avaliar a qualidade em intervenção precoce existindo, por isso, a necessidade crescente de instrumentos vocacionados para aferir os padrões de qualidade destes serviços especializados. Tal como referem Bairrão e Almeida (2003), no nosso país, têm sido muito raros os programas de IP que se têm preocupado em realizar uma avaliação sistemática das suas práticas, havendo, por isso, a necessidade, quer de adaptar instrumentos de avaliação à nossa realidade, quer de criar novos instrumentos que possam elucidar-nos sobre o que se passa neste domínio.

Bailey e Wolery (2002) consideram que, num futuro próximo, o estudo das práticas deverá focalizar-se na avaliação de quais são os melhores modelos e programas para diferentes crianças e famílias. E, apontam várias questões de investigação, sendo que uma delas se prende especificamente com “a importância da qualidade do programa”, para o que são necessários estudos que visem o desenvolvimento de instrumentos de medida da qualidade dos programas de intervenção precoce.

A avaliação dos serviços de intervenção precoce é, presentemente, um domínio de considerável importância em Portugal. Contudo, tal como referem Bairrão e Almeida (2002), Cruz (2003) e Pimentel (2005), os estudos de

avaliação no âmbito da intervenção precoce têm sido, entre nós, bastante escassos e têm-se focado fundamentalmente nas percepções de profissionais e no grau de satisfação dos pais.

O modelo de intervenção centrado na família foi preconizado pelo Despacho conjunto 891/99. Contudo, esta abordagem não tem sido plenamente posta em prática, tal como indica o estudo realizado por Bairrão e Almeida (2002), que conclui que muitas práticas continuam a reflectir uma perspectiva de intervenção centrada na criança.

O estudo de Pimentel (2005) permitiu identificar discrepâncias entre as percepções de pais e de profissionais relativamente às práticas desenvolvidas, sugerindo a necessidade de se analisarem as práticas efectivamente implementadas no âmbito dos programas de intervenção precoce. Os resultados deste estudo revelaram, de um modo geral, que as práticas dos profissionais no Distrito de Lisboa não cumpriam os critérios de qualidade preconizados internacionalmente.

A investigação realizada por Almeida (2008) revela que os conceitos teóricos subjacentes às práticas estão em grande medida assimilados pelas equipas de intervenção precoce, mas verifica-se dificuldade na sua implementação. Os profissionais procuram operacionalizar o modelo de intervenção centrado na família, contudo no que diz respeito à componente participativa da família subsistem ainda muitas lacunas.

Dos resultados dos estudos publicados sobre avaliação de programas e práticas de intervenção precoce que foram desenvolvidos sobretudo na Região Norte e na Região de Lisboa, como referem Pinto, Grande, Felgueiras, Almeida, Pimentel e Novais (no prelo) “deduz-se a premência de dar continuidade à implementação de orientações legislativas bem fundamentadas e que possam contribuir para a consolidação das boas práticas, sendo a avaliação a nível nacional e a divulgação de resultados condições cruciais para que se promovam práticas efectivamente baseadas na evidência”.

Considerando que a avaliação dos programas, incluindo a autoavaliação dos profissionais, bem como a participação efectiva das famílias, são factores considerados importantes para o desenvolvimento das equipas de intervenção precoce (Winton, 2000), com base nas evidências empíricas referidas, propomo-nos, na presente investigação, analisar serviços de intervenção precoce e, ao fazê-lo, aprofundar o conhecimento sobre as suas práticas, definindo indicadores de qualidade.

Neste contexto, foram delineadas as questões de investigação que passamos, em seguida, a enunciar:

1. Em que medida a autoavaliação dos profissionais, no que diz respeito à qualidade das suas práticas em intervenção precoce, varia em função:
  - a) Da região do país em que a equipa/serviço de intervenção precoce está inserida: distrito de Portalegre ou zona metropolitana de Lisboa.
  - b) Do domínio profissional dos elementos que constituem as equipas de intervenção precoce: educação de infância, psicologia, serviço social, terapia da fala ou ocupacional.
  - c) Do tempo de serviço a desempenharem funções na sua categoria profissional.
  - d) Do tempo de serviço a desempenhar funções em programas de intervenção precoce.
2. Em que medida as práticas de apoio precoce efectivamente implementadas pelos profissionais das equipas de intervenção directa diferem em função:
  - a) Do tipo de problemática dos casos apoiados: situações de condição estabelecida, risco biológico ou risco ambiental.
  - b) Do domínio profissional do elemento da equipa de intervenção directa a prestar apoio: educação de infância, psicologia,

serviço social, terapia da fala, terapia ocupacional ou fisioterapia.

3. Em que medida a autoavaliação da qualidade percebida pelos profissionais acerca do programa de intervenção precoce que se encontram a implementar é contemplada nas práticas de apoio precoce, efectivamente implementadas e observadas, no âmbito das equipas de intervenção directa.
4. Em que medida a autoavaliação dos profissionais, bem como as práticas de apoio precoce efectivamente implementadas pelas equipas, são coincidentes com as práticas de intervenção precoce recomendadas, baseadas em modelos teóricos internacionalmente reconhecidos.

Considerando que os estudos realizados até ao momento relativamente à realidade da intervenção precoce no nosso país, em geral, e à região do Alentejo em particular (Franco & Apolónio, 2008), se baseiam na avaliação indirecta das práticas com base em questionários ou entrevistas, este estudo pretende aprofundar o conhecimento acerca destas práticas, complementado os dados de inquérito com dados de observação das acções efectivamente implementadas. O papel da observação, como método de investigação qualitativa, permite ao investigador descobrir como as coisas de facto acontecem ou funcionam. Tal como salienta Flick (2005), as práticas só são acessíveis pela observação, as entrevistas e narrativas apenas dão acesso à descrição das práticas, mas não às próprias práticas.

Esperamos que, ao devolvermos os resultados desta investigação aos profissionais do terreno, eles possam ser aplicados na prática no contexto dos programas de intervenção precoce.

*Porque é que os práticos não fazem o que a investigação recomenda?*

*Porque é que os investigadores não estudam o que realmente interessa à prática?*

Jack Shonkoff (2003)



## **Capítulo III**

**Estudo das Práticas no Distrito de Portalegre**



## 1. Método

No capítulo anterior, ao explicitarmos as questões de investigação, referimos que este estudo pretende realizar a avaliação de práticas, assinalando indicadores de qualidade nos programas de intervenção precoce.

O alvo principal deste estudo de avaliação foram, como anteriormente referido, as equipas de intervenção precoce a funcionar ao abrigo do Despacho Conjunto n.º 891/99, tendo sido seleccionado o distrito de Portalegre por conveniência de proximidade.

Os trabalhos efectuados por Hauser-Cram, Warfield, Upshur e Weisner (2000) salientam que a realização de um estudo avaliativo deve corresponder a um desejo dos profissionais envolvidos a diferentes níveis na implementação dos programas. Deste modo, quer os financiadores e gestores do programa, quer os profissionais que prestam serviços directos, devem estar de acordo relativamente ao tipo e objectivos da avaliação.

Nesse sentido, auscultámos, num primeiro momento, a Equipa de Coordenação Distrital de Portalegre, a qual integra representantes do Ministério da Educação, do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, bem como das Entidades de Suporte (Instituições Particulares de Solidariedade Social), para averiguar do seu interesse na realização de um estudo para avaliação da qualidade das práticas de intervenção precoce no distrito.

A nossa proposta foi bem acolhida, visto ir ao encontro de uma necessidade já sentida pelos elementos da referida equipa, pelo que o estudo foi posteriormente apresentado, em reunião distrital, aos coordenadores e profissionais das Equipas de Intervenção Directa (EID). Procedeu-se, então, à explicitação dos seus objectivos, tendo sido analisadas as formas de colaboração futura, nomeadamente, em relação à participação dos profissionais e famílias.

Passamos a descrever, em seguida, toda a estruturação da investigação realizada, a qual tem como objectivo caracterizar a realidade dos serviços de intervenção precoce, estruturados de acordo com os princípios estabelecidos no enquadramento legal existente no nosso país, bem como avaliar o grau de implementação dos modelos subjacentes a uma perspectiva de intervenção centrada na família, e a adequação das práticas efectivamente implementadas pelos profissionais, na resposta às necessidades identificadas ao nível da criança, da família e da gestão dos recursos da comunidade.

### **1.1. Participantes**

Definimos como amostra de conveniência para o nosso estudo, as Equipas de Intervenção Directa do distrito de Portalegre, que integra a região Alentejo. Nesta zona do país a implementação de serviços de intervenção precoce foi sendo estruturada com base nas directrizes preconizadas pelo Despacho Conjunto n.º 891/99 (que regulamentou, até Outubro de 2009, os serviços de intervenção precoce em Portugal), através do estabelecimento de Acordos entre Organizações Não Governamentais (que constituem as Entidades de Suporte das Equipas de Intervenção Directa) e Organismos Governamentais nos domínios da Educação (Direcção Regional de Educação do Alentejo), da Saúde (Administração Regional de Saúde do Alentejo/Sub-Região de Saúde de Portalegre) do Trabalho e da Solidariedade Social (Centro Distrital de Segurança Social de Portalegre).

Na decisão por efectuar a investigação no distrito de Portalegre, pesou o facto de aí se situar o nosso local de trabalho, designadamente a actividade docente que exercemos na Escola Superior de Educação, quer ao nível da formação inicial de alguns dos profissionais que integram as EID, nomeadamente educadoras de infância e assistentes sociais, quer da formação complementar e especializada em educação especial (sobretudo, ao nível da formação especializada em intervenção precoce). Tal decisão na escolha, possibilitaria um envolvimento em maior permanência, assim como uma profundidade diferente no conhecimento *in loco* das práticas implementadas.

Considerámos também, tal como anteriormente referido, a garantia de podermos cumprir o objectivo de analisar práticas que têm como paradigma de referência o normativo legal, em vigor à data da recolha de dados, para este domínio de intervenção.

Considerámos, ainda, como amostra para a nossa investigação alguns Serviços de Intervenção Precoce (SIP) da zona metropolitana de Lisboa, com o intuito inicial de estudar o instrumento de autoavaliação dos padrões de qualidade em intervenção precoce, mas que nos viria a permitir incluir também no nosso estudo algumas análises comparativas das práticas, promovidas por equipas de duas regiões com um historial diferente de criação de serviços.

#### 1.1.1. Caracterização das Equipas de Intervenção Directa

Os elementos, de caracterização geral das EID, que se seguem foram obtidos com base nos dados recolhidos através da “ficha de caracterização geral de serviços/equipas de intervenção precoce”, elaborada pela autora do presente estudo (ver secção 1.2. Instrumentos).

O distrito de Portalegre é constituído por quinze concelhos e existiam em 2006 (ano em que iniciámos o estudo com a autoavaliação de padrões de qualidade efectuada pelos profissionais) onze equipas, sendo que em 2007 (ano em que concluímos a recolha de dados com a realização da observação das práticas) foi criada mais uma equipa de intervenção directa, passando assim a um total de doze EID, as quais abrangiam toda a zona geográfica do distrito, sendo que três das equipas apoiavam em simultâneo dois concelhos.

As equipas estavam agregadas a quatro entidades de suporte, sendo constituídas por profissionais de diferentes domínios de intervenção (ver Quadro 6). As EID eram, na sua maioria, compostas por educadoras, psicólogas, assistentes sociais, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas. Algumas das equipas contavam com a colaboração de médicos e de enfermeiros (uma das equipas integrava uma técnica superior de educação especial e reabilitação). De referir que, 59% dos profissionais integravam, em simultâneo, mais do que uma equipa de intervenção directa (as

quais estavam agregadas à mesma entidade de suporte) e desempenhavam, por isso, funções a tempo parcial nas várias equipas; e que, 14% dos profissionais pertenciam a outros serviços da comunidade (sobretudo Centros de Saúde e Câmaras Municipais) fazendo parte da equipa concelhia. Assim, apenas 27% dos profissionais desempenhavam funções em permanência na equipa, sendo quase exclusivamente as educadoras.

**Quadro 6 – Entidades e Profissionais que compõem as Equipas de Intervenção Directa**

Entidade Suporte	Equipa	Profissionais								
		Edu	Psi	AS	TF	TO	TR	Fis	Med	Enf
<b>A</b>	EID 1	3	1*	1*	2*	1	0	1	0	0
	EID 2	1	0	1*	1*	1*	0	0	0	0
	EID 3	1	0	1*	1*	1*	0	1*	0	0
	EID 4	1	0	1*	1*	1*	0	1*	0	0
<b>B</b>	EID 5	3	3*	1*	1	1*	0	0	1*	2*
	EID 6	1	3*	2*	1*	1*	0	0	0	1*
	EID 7	2	1*	1*	1*	0	0	1*	1*	1*
	EID 8	1	2*	1*	1*	0	0	0	0	1*
	EID 9	1	2*	3*	1*	1*	0	1*	0	0
<b>C</b>	EID 10	4	2*	3*	1	0	1	1*	1*	0
<b>D</b>	EID 11	1	1*	2*	1*	1*	0	0	0	0
	EID 12	1	1*	1*	1*	1*	0	1*	0	0

\* Profissionais a desempenharem funções em tempo parcial nas diferentes equipas.

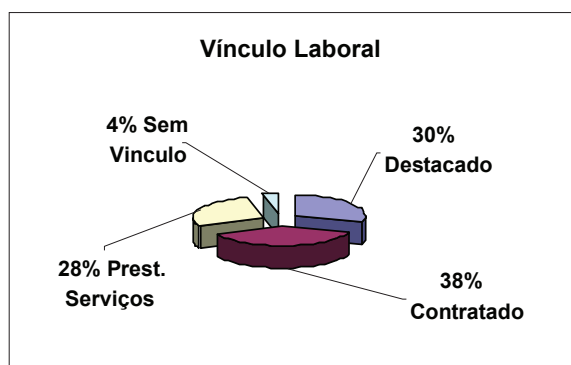
A partir da caracterização global efectuada relativamente a todas as EID do distrito, verificámos, no que diz respeito à situação contratual dos profissionais (ver Figura 5), que na maioria dos casos o vínculo laboral existente não era definitivo.

Assim, cerca de 50% dos profissionais, ou estavam destacados nas equipas pelo Ministério da Educação (educadoras de infância) ou trabalhavam em regime de prestação de serviços (sobretudo terapeutas). Estes profissionais que se encontravam em regime de prestação de serviços eram financiados pela Administração Regional de Saúde do Alentejo, que garantia os honorários correspondentes aos apoios terapêuticos realizados mensalmente, para além

dos tempos cedidos pelos hospitais e centros de saúde no âmbito dos acordos de cooperação estabelecidos ao abrigo do Despacho Conjunto n.º 891/99, que enquadravam, por exemplo, a colaboração da pediatra e da assistente social de um dos hospitais, assim como de enfermeiros e de fisioterapeutas de alguns dos centros de saúde. Uma percentagem relativa a cerca de um terço dos profissionais, dizia respeito a elementos contratados através das Entidades de Suporte (psicólogos, assistentes sociais, terapeutas, técnico de educação especial e reabilitação), sendo que alguns deles pertenciam ao quadro de pessoal da instituição.

As equipas integravam ainda profissionais sem qualquer tipo de vínculo, os quais eram cedidos por outros serviços da comunidade (nomeadamente por autarquia, centro de saúde, hospital ou associação local) desempenhando funções no âmbito da equipa de intervenção alargada, ainda que na maioria dos casos não prestassem apoios directos às crianças e suas famílias.

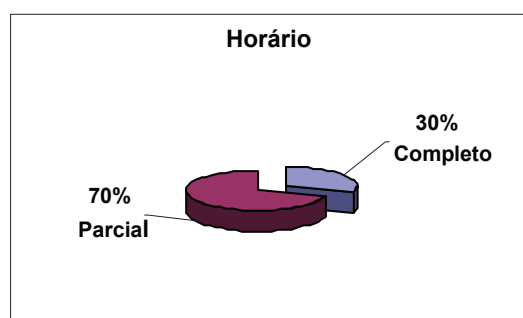
**Figura 5 – Distribuição dos profissionais das EID de Portalegre em função do tipo de situação contratual**



A circunstância de o vínculo laboral não ser definitivo, em muitos casos, implica que se verifique alguma mobilidade dos profissionais, a qual tem repercussões quer na dinâmica das equipas, designadamente ao nível da consolidação das práticas implementadas, quer na relação de confiança estabelecida, nomeadamente pelos responsáveis de caso, com as famílias apoiadas.

Esta situação é ainda agravada pelo facto de apenas uma reduzida percentagem de profissionais estarem afectos às equipas em tempo completo (ver Figura 6), pelo que, para além daqueles que integram em simultâneo mais do que uma EID, alguns dos profissionais desempenham funções noutros domínios de intervenção, nomeadamente em outras valências das instituições (entidades de suporte) a que se encontram vinculados, tais como o Centro de Recursos para a Inclusão (apoio a crianças em idade de escolaridade obrigatória com deficiências ou incapacidades, abrangidas por medidas de educação especial) ou o Centro de Actividades Ocupacionais (apoio a jovens e adultos com deficiência grave).

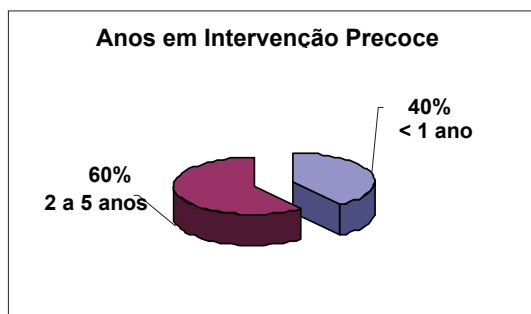
**Figura 6 – Distribuição dos profissionais das EID de Portalegre em função do tempo de afectação à equipa**



Constatámos, também, que a intervenção precoce é um domínio de actuação recente para estes profissionais, pois todos eles trabalham nesta área há menos de cinco anos (ver Figura 7). Este facto está certamente relacionado com a criação relativamente recente das equipas de intervenção precoce nesta região do país (a primeira equipa de intervenção directa foi criada em 2001).

Verificámos, ainda, que uma percentagem considerável de profissionais apenas iniciaram funções nas EID em 2006, circunstância que se deve quer à mobilidade dos profissionais, quer ao alargamento progressivo dos serviços a nível concelhio (constituição de novas equipas) no âmbito da consolidação da rede de IP no distrito.

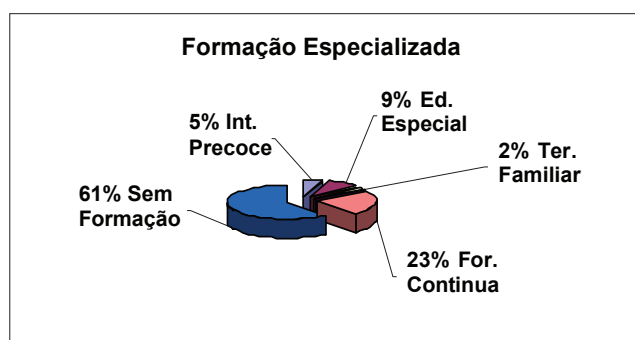
**Figura 7 – Distribuição dos profissionais das EID de Portalegre em função do tempo de serviço em IP**



No que diz respeito às funções desempenhadas pelos profissionais que integram as equipas, verifica-se que 94% intervêm directamente no apoio prestado às crianças e suas famílias, participando também nas reuniões de equipa. Uma percentagem reduzida (6%), dos profissionais que colaboram nas EID, não realiza intervenção directa e apenas participa nas reuniões. Verificámos ainda que, em todas as equipas, um dos profissionais é responsável pela sua coordenação. Constatámos também que, em 4% dos casos é sinalizada a atribuição de funções de formação a outros elementos da própria equipa, e que nenhum deles tem atribuída a função de supervisão.

No que diz respeito à formação dos profissionais que integram as equipas (ver Figura 8), verificou-se que, a nível de formação pós-graduada, 16% destes profissionais tinham realizado um curso de formação especializada (em Educação Especial, em Intervenção Precoce ou em Terapia Familiar) e que apenas uma percentagem ligeiramente superior tinha frequentado acções de formação contínua no domínio da intervenção precoce.

**Figura 8 – Distribuição dos profissionais das EID de Portalegre em função do tipo de formação pós-graduada**



Constatamos, assim, que mais de metade dos profissionais não tiveram formação específica neste domínio de intervenção, para além da sua formação inicial. Relativamente às entidades formadoras, verificou-se que a formação especializada esteve maioritariamente a cargo de instituições do ensino superior, nomeadamente Escolas Superiores de Educação, enquanto a formação contínua, foi sobretudo promovida por organizações ligadas à dinamização de serviços no domínio da intervenção precoce.

#### 1.1.2. Profissionais participantes na autoavaliação da qualidade

Os profissionais participantes no nosso estudo, no que diz respeito à Autoavaliação dos Padrões de Qualidade em Intervenção Precoce, desempenhavam funções em equipas de intervenção directa do distrito de Portalegre, num total de 55%, e em serviços de intervenção precoce da zona metropolitana de Lisboa, num total de 45%.

##### ▪ **Profissionais das EID do distrito de Portalegre**

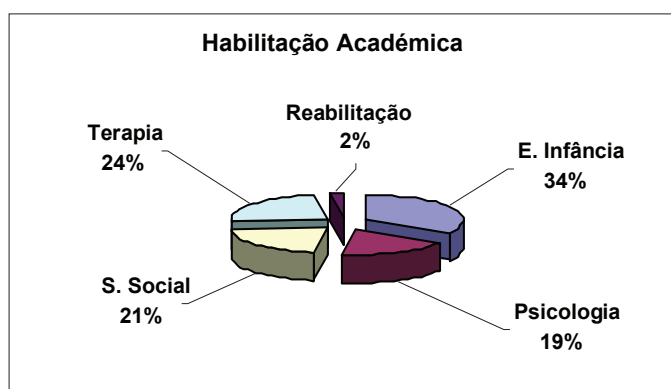
Na recolha de dados realizada, no âmbito acima referido, participaram um total de 42 profissionais, os quais representavam 10 equipas de intervenção directa do distrito, vinculadas a quatro entidades de suporte, sendo que 32 dos profissionais integravam apenas uma das equipas, oito desempenhavam funções em duas equipas e dois exerciam funções em três equipas, simultaneamente.

Os profissionais que procederam à autoavaliação da qualidade das suas práticas pertenciam às seguintes categorias profissionais (ver Figura 5): educação de infância (catorze), psicologia (oito), serviço social (nove), terapia da fala (cinco), terapia ocupacional (três), fisioterapia (dois) e educação especial e reabilitação (um).

Relativamente à sua habilitação académica, verificámos que, para além da sua formação inicial, a quase totalidade dos profissionais (91%) não tinha efectuado formação pós-graduada – apenas 9% tinham realizado cursos de

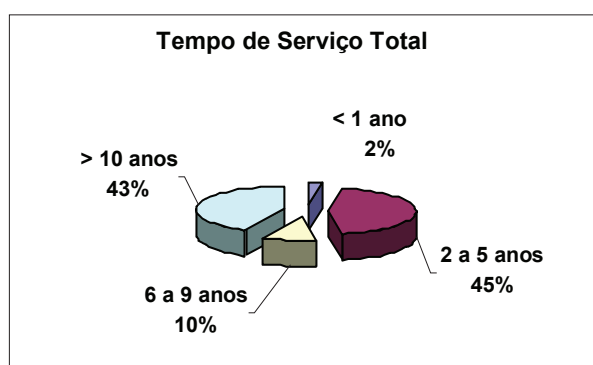
formação especializada (7% em educação especial e 2% em intervenção precoce), sendo que todos eles possuíam o grau de licenciatura.

**Figura 9 – Distribuição dos profissionais das EID de Portalegre em função do tipo de formação**



Verificámos que a maioria dos profissionais que desempenham funções nas equipas de intervenção directa têm bastante experiência no domínio de intervenção referente à sua formação inicial (ver Figura 10), considerando que 53% destes profissionais trabalham há mais de seis anos e pouco menos de metade têm entre dois a cinco anos de experiência profissional, sendo que apenas uma reduzida percentagem se encontra no início da sua actividade laboral.

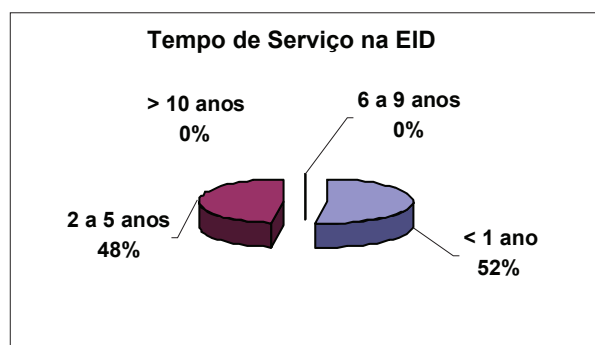
**Figura 10 – Distribuição dos profissionais das EID de Portalegre em função do tempo de serviço total**



Contudo, mais de 50% dos profissionais integram as equipas de intervenção directa há menos de um ano (ver Figura 11), pelo que o entrosamento na metodologia de trabalho da equipa poderá não ser ainda

muito consistente, considerando também a circunstância, anteriormente referida, de para a maioria destes profissionais a experiência de trabalho no domínio específico da intervenção precoce ser muito recente.

**Figura 11 – Distribuição dos profissionais das EID de Portalegre em função do tempo de serviço na equipa**



#### ▪ **Profissionais dos SIP da zona metropolitana de Lisboa**

Os profissionais da região da grande Lisboa participaram inicialmente no estudo, com o objectivo de podermos efectuar uma análise prévia do instrumento utilizado para recolha dos indicadores de qualidade com base na autoavaliação dos profissionais. Nomeadamente, interessava-nos aferir qual o comportamento da escala em regiões cuja implementação dos projectos de intervenção precoce foi estruturada em tempos e modos diferentes, o que poderá reflectir-se no modo como os profissionais autoavaliam as suas práticas.

Na recolha de dados efectuada, nesta zona, colaboraram 35 profissionais que integravam Serviços de Intervenção Precoce (SIP) promovidos por quatro instituições privadas de utilidade pública (Cooperativas de Solidariedade Social).

A composição das equipas é muito semelhante nas duas regiões (ver Quadro 7) no que diz respeito ao tipo de profissionais que as integram. Assim, os profissionais que procederam à autoavaliação da qualidade das suas práticas em intervenção precoce, na zona metropolitana de Lisboa, pertenciam às seguintes categorias profissionais: educação de infância (dez), psicologia

(seis), serviço social (cinco), terapia da fala (seis), terapia ocupacional (quatro), fisioterapia (dois) e educação especial e reabilitação (dois).

Quanto à sua habilitação académica, verificámos que a grande maioria dos profissionais (74%) tinha o grau de licenciatura, apenas uma percentagem reduzida (8%) tinha bacharelato, e que cerca de 18% tinha efectuado formação pós-licenciatura (mestrado, pós-graduação ou formação especializada em educação especial).

**Quadro 7 – Distribuição da totalidade dos profissionais que participaram no estudo de autoavaliação da qualidade em função do tipo de formação e região**

	<i>Educação Infância</i>	<i>Psicologia</i>	<i>Serviço Social</i>	<i>Terapia Fala</i>	<i>Terapia Ocupa.</i>	<i>Fisio-terapia</i>	<i>Técnico Reabilita.</i>
<b>Portalegre</b>	14 (33%)	8 (19%)	9 (21%)	5 (12%)	3 (7%)	2 (5%)	1 (2%)
<b>Lisboa</b>	10 (29 %)	6 (17%)	5 (14%)	6 (17%)	4 (11%)	2 (6%)	2 (6%)

Constatámos que, embora a composição das equipas fosse semelhante nas duas regiões, havia uma diferença no tempo de serviço dos profissionais (ver Quadro 8), particularmente no que se refere ao tempo de serviço em intervenção precoce.

**Quadro 8 – Distribuição da totalidade dos profissionais que participaram no estudo de autoavaliação da qualidade em função do tempo de serviço e região**

	<i>Tempo de Serviço Total</i>		<i>Tempo em Intervenção Precoce</i>		<i>Tempo de Serviço EID ou SIP</i>	
	<b>Portalegre</b>	<b>Lisboa</b>	<b>Portalegre</b>	<b>Lisboa</b>	<b>Portalegre</b>	<b>Lisboa</b>
<b>&lt; 1 ano</b>	1 (2%)	1 (3%)	16 (38%)	6 (18%)	22 (52%)	6 (18%)
<b>2 a 5 anos</b>	19 (45%)	7 (20%)	26 (62%)	11 (31%)	20 (48%)	14 (40%)
<b>6 a 9 anos</b>	4 (10%)	4 (11%)	0	7 (20%)	0	5 (14%)
<b>&gt; 10 anos</b>	18 (43%)	23 (66%)	0	11 (31%)	0	10 (28%)

Verifica-se que, para os profissionais do distrito de Portalegre, quer o tempo de serviço em intervenção precoce quer na EID é inferior a 6 anos (tendo em atenção o facto de as equipas de intervenção directa serem uma realidade relativamente recente, é natural que assim seja). No caso dos profissionais da região da grande Lisboa, 51% trabalham há mais de 6 anos no

domínio da intervenção precoce e 42% estão igualmente há mais de 6 anos a exercer funções no mesmo SIP.

No que se refere ao tempo total de serviço a diferença não é tão expressiva, apesar de se constatar que alguns dos profissionais da zona de Lisboa já desempenham a sua actividade laboral há um período de tempo superior, 66% trabalham há pelo menos 10 anos, enquanto no caso dos profissionais de Portalegre esta percentagem relativa é de 43%.

### 1.1.3. Profissionais participantes na observação das práticas

Os participantes no nosso estudo a nível da observação das práticas foram seleccionados da população anteriormente descrita, considerando a generalidade dos profissionais que integravam as equipas de intervenção directa do distrito de Portalegre. Assim, seleccionámos aleatoriamente 50% dos profissionais, de um total de 48, sendo de referir que a observação participada das práticas decorreu em 2007, pelo que se verificaram algumas alterações na constituição das equipas, nomeadamente no que diz respeito ao número de educadoras e também de terapeutas.

A quase totalidade dos profissionais, que integram as EID e que colaboraram no estudo de observação das práticas, é do sexo feminino (92%), havendo apenas a participação de dois elementos do sexo masculino.

**Quadro 9 – Profissionais participantes no Estudo no Distrito de Portalegre**

<i><b>Categoria Profissional</b></i>	<i><b>Totalidade de Profissionais</b></i>	<i><b>Observação das Práticas</b></i>
<b>Educadoras</b>	20 (41%)	10 (41%)
<b>Psicólogas</b>	8 (17%)	4 (17%)
<b>A. Sociais</b>	7 (15%)	4 (17%)
<b>T. Fala</b>	8 (17%)	4 (17%)
<b>T. Ocupacionais</b>	2 (4%)	1 (4%)
<b>Fisioterapeutas</b>	2 (4%)	1 (4%)
<b>T. Reabilitação</b>	1 (2%)	0
<b>Total</b>	48	24

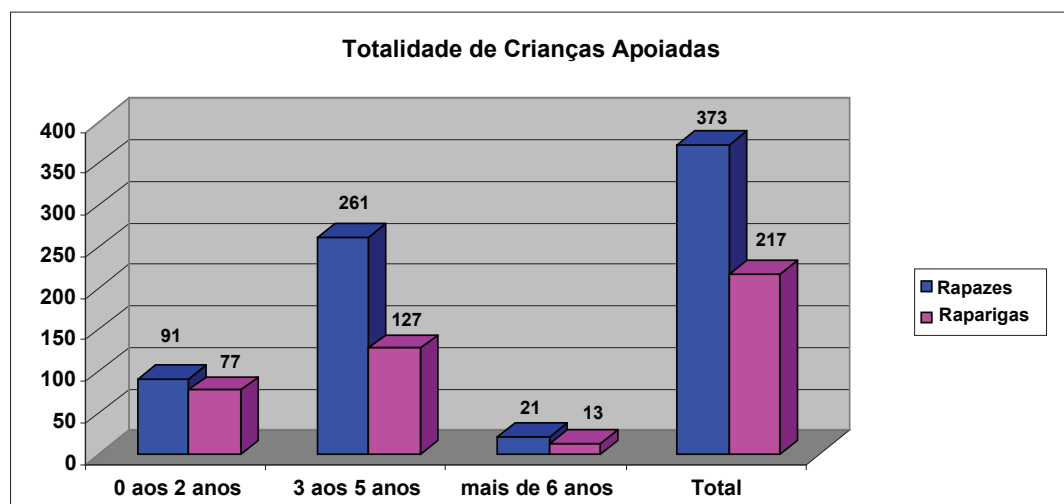
Decidimos manter na nossa amostra a proporcionalidade relativa das diferentes categorias profissionais que constituem as EID (ver Quadro 9), considerando que deste modo, teríamos um retrato mais fidedigno do tipo de práticas implementadas pelas equipas no apoio às famílias com crianças em situação de risco.

No hiato de tempo em que decorreu a recolha de dados (dois anos), relativa à autoavaliação dos padrões de qualidade e à observação participada das práticas, verificámos que alguns dos profissionais concluíram cursos de formação especializada, passando a percentagem relativa a ser de 13% com especialização em educação especial e de 8% dos profissionais das equipas com especialização em intervenção precoce.

#### 1.1.4. Caracterização global das crianças e famílias apoiadas

Passamos a descrever a caracterização da totalidade das famílias e crianças apoiadas pelas equipas do distrito de Portalegre, com base em dados recolhidos através da “grelha de indicadores das equipas de intervenção directa”, preenchida mensalmente pelas referidas equipas, e que nos foram facultados pela Equipa de Coordenação Distrital de Portalegre de Intervenção Precoce. Esta constitui a população na qual se insere a amostra dos participantes observados no presente estudo.

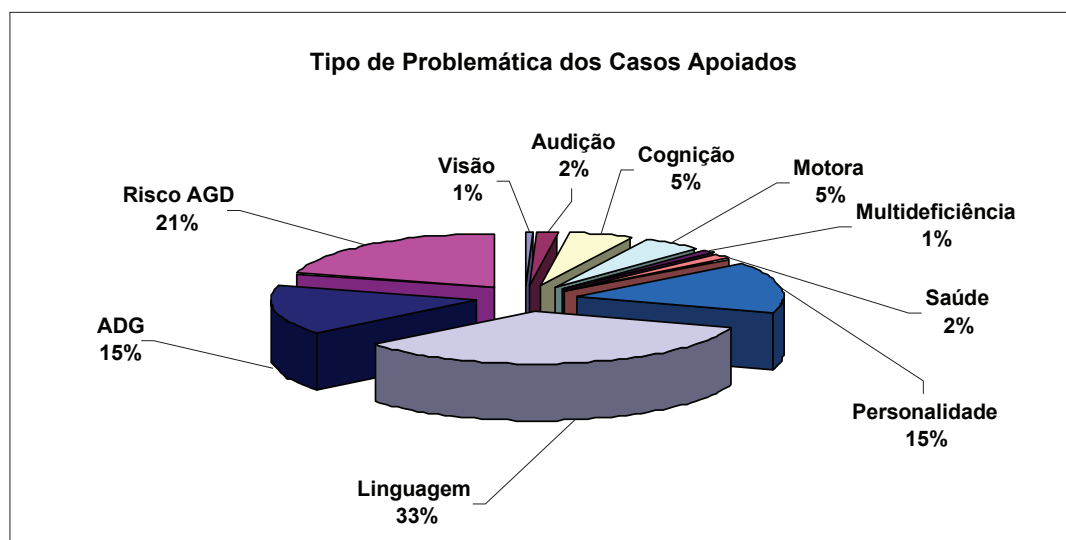
**Figura 12 – Distribuição das frequências da totalidade dos casos apoiados em função do escalão etário e sexo**



Assim, no ano de 2007, foram apoiadas 590 crianças pela totalidade das EID (ver Figura 12), sendo que em termos de percentagem relativa, no que diz respeito à faixa etária, 28% das crianças apoiadas encontrava-se no escalão etário dos zero aos dois anos, a maioria (66%) tinha entre três e cinco anos e uma percentagem bastante reduzida (6%) tinha idade igual ou superior a seis anos de idade. E, tal como se verifica, habitualmente, no domínio das perturbações do desenvolvimento, o número de crianças apoiadas do sexo masculino era superior ao número de casos do sexo feminino.

No que concerne ao tipo de problemática dos casos acompanhados pela totalidade das equipas do distrito (ver Figura 13), constatámos que um número bastante significativo de casos (202) está a ser acompanhado devido a problemas no domínio da comunicação, linguagem e fala, sendo bastante superior ao número de situações de crianças com alterações nas funções ou estruturas do corpo (visão, audição, motora, cognitiva, multideficiência), que no seu conjunto representam 14% dos casos apoiados.

**Figura 13 – Distribuição da totalidade dos casos apoiados em função do tipo de diagnóstico funcional a nível do desenvolvimento da criança**



Verifica-se um número equivalente de situações em apoio devido a atrasos do desenvolvimento global (ADG), sem diagnóstico estabelecido (88), e com problemas do comportamento/personalidade (90), sendo ligeiramente superior o número de casos de crianças em risco de atraso grave do

desenvolvimento (123). Na totalidade das situações acompanhadas pelos profissionais das EID, apenas um número bastante reduzido de casos (10) são apoiados devido a problemas de saúde.

No que diz respeito aos diagnósticos etiológicos da totalidade das situações em apoio, constata-se que a nível médico<sup>12</sup>, muitos dos casos se encontram ainda em estudo (48%), não se sabendo por isso a etiologia do problema de desenvolvimento, numa percentagem reduzida de situações (19%) o diagnóstico foi inconclusivo e em 33% dos casos o diagnóstico foi estabelecido, havendo um número idêntico de situações de trissomia XXI, de paralisia cerebral, de síndrome do espectro do autismo e de outros síndromas.

Relativamente aos diagnósticos etiológicos a nível psico-social, verifica-se que 19% das situações se encontram em estudo, sendo que os casos em apoio se repartem entre situações de negligência, num total de 41% (negligência física, 14%, negligência afectiva, 8%, e negligência educativa, 19%) e outras situações de risco, com uma percentagem elevada de 39%, estando, neste valor reflectidas outras categorias de diagnóstico, como por exemplo, mães adolescentes com e sem deficiência, pais toxicodependentes, falta de competências parentais, etc.

Constatámos ainda que, relativamente a situações de risco biológico e de risco ambiental, a maioria dos casos em apoio situa-se na faixa etária dos zero aos dois anos de idade (64%), diminuindo substancialmente o número de famílias apoiadas com crianças com estes dois tipos de risco, dos três aos cinco anos de idade (36%). Nas situações de condição estabelecida sucede exactamente o oposto, a percentagem de casos apoiados nas idades compreendidas entre os três e os cinco anos (71%) é muito superior relativamente a crianças com a mesma condição na faixa etária dos zero aos dois anos (25%).

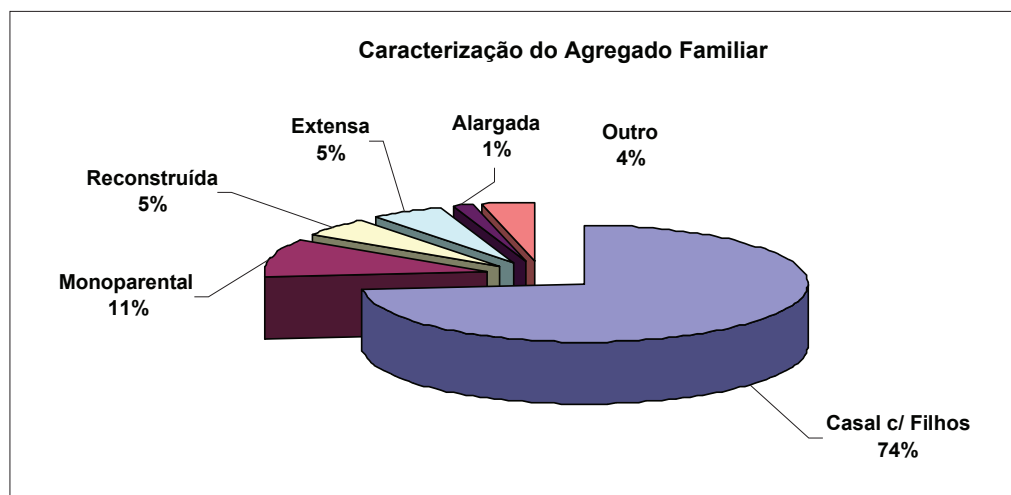
---

<sup>12</sup> Na altura da realização deste estudo, a classificação das problemáticas não se baseava ainda numa caracterização funcional das crianças estabelecida pelo modelo bio-psico-social (Simeonsson, Pereira, & Scarborough, 2003) e operacionalizada pela Classificação Internacional de Funcionalidade (OMS, 2005).

O número total de famílias apoiadas pela totalidade das EID em 2007 era 534, sendo que em 91% das situações havia apenas uma criança em apoio, em 8% dos agregados familiares existiam duas crianças e em 1% dos casos o agregado familiar incluía três crianças. Será ainda de referir que se encontravam também a ser acompanhadas treze crianças institucionalizadas.

No que diz respeito à composição do agregado familiar (ver Figura 14), verifica-se que a grande maioria das famílias nucleares são constituídas pelo casal e seus filhos, sendo que o conjunto de todas as outras formas de organização familiar<sup>13</sup> corresponde a 26% dos casos.

**Figura 14 – Distribuição da totalidade dos casos apoiados pelas EID em função da composição do agregado familiar**



<sup>13</sup> De acordo com o estabelecido pelos Serviços de Segurança Social, consideraram-se as seguintes definições relativamente à composição do agregado familiar:

**Casal com filhos** – famílias em que os descendentes são os únicos parentes que, com o casal, constituem o agregado familiar.

**Família monoparental** – famílias em que os descendentes são também os únicos parentes que vivem com um dos progenitores.

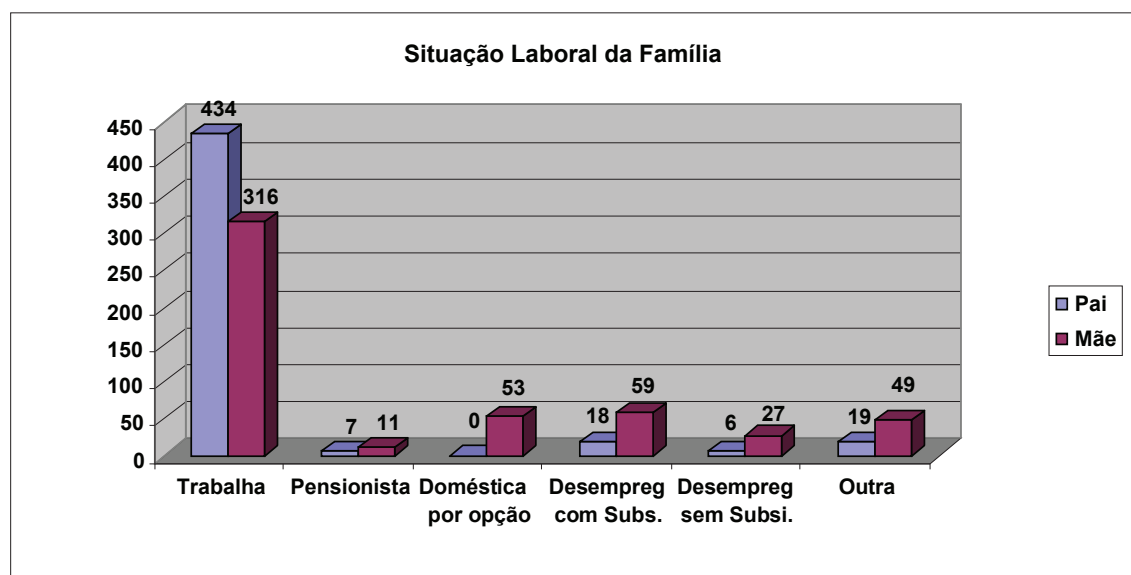
**Família extensa** – famílias compostas por um núcleo (conjugal ou monoparental) e por uma “extensão”, isto é, conta com a presença doutros elementos. A extensão pode ser ascendente (por exemplo: casal com filhos e uma avó ou avô); pode ser lateral (por exemplo: casal com filhos e uma tia) ou pode ainda ser descendente (por exemplo: casal com filhos e sobrinhos); pode ainda ter um sobrinho e uma avó (ascendente e lateral), mas não pode entrar nesta categoria uma família composta por uma sobrinha com um filho, devendo nesse caso deve ser classificada como família alargada.

**Família alargada** – famílias em que convivem dois ou mais núcleos familiares (conjugais ou monoparentais).

**Família reconstruída** – famílias em que pelo menos um dos membros do casal, se não os dois, são separados ou divorciados, com filhos de anteriores relações.

A situação das famílias perante a actividade económica, caracteriza-se pelo facto de a maior parte dos pais se encontrar a exercer uma actividade laboral (ver Figura 15), sendo que em 75% dos casos ambos os pais trabalham, numa percentagem relativa de 11 % ambos os pais estavam desempregados (sendo que destes, 3% não estavam a receber subsídio de desemprego) e 2% eram pensionistas. Verificamos que 5% das mães tomaram a decisão de ficar em casa para acompanhar os seus filhos.

**Figura 15 – Distribuição da totalidade dos casos apoiados em função da situação dos pais perante a actividade económica**



No que diz respeito às condições de habitabilidade, constatamos que a maior parte das famílias dispõe de boas condições de habitação (71%), havendo contudo a registar algumas situações em que a família não dispõe dessas condições. Assim, verifica-se falta de saneamento básico (3%), bem com de fornecimento de água (2%) e electricidade (1%) na residência de algumas das famílias. Sendo ainda de mencionar que as casas de algumas das famílias têm problemas de conservação (11%) ou falta de divisões (11%). Para além das condições físicas da habitação em que a família reside, há a relatar o facto de 25 das famílias apoiadas viverem em isolamento geográfico.

### 1.1.5. Casos observados na investigação das práticas

As crianças e famílias que participaram directamente no nosso estudo não foram previamente seleccionadas. Os casos foram sendo sinalizados à medida que foram decorrendo as sessões de apoio, às quais assistimos quando acompanhámos os profissionais das EID no âmbito da observação participada das suas práticas.

Os critérios de classificação dos casos por tipo de problemática e situação de risco, que seguimos no nosso estudo, basearam-se em categorias definidas por Guralnick (2004), a saber: deficiência estabelecida da criança, risco biológico e risco familiar ambiental; adoptámos também como referência os factores de risco biológico (prematuidade, saúde física, disfunção neurológica, malformação, alterações metabólicas) e de risco ambiental (família disfuncional, negligência, privação económica, mãe adolescente, pais com deficiência, maus-tratos, isolamento social, alcoolismo ou toxicoddependência) enunciados pelo Grupo de Atención Temprana (GAT, 2005b).

O número total de famílias participantes (62), considerando a situação que determina maior limitação ou risco para o desenvolvimento da criança, distribui-se da seguinte forma (ver Quadro 10): 34 % dos casos apoiados são famílias de crianças em situação de risco estabelecido<sup>14</sup>, 36 % são famílias de crianças em situação de risco ambiental<sup>15</sup>, 15 % dos casos são situações de risco biológico<sup>16</sup> e, em número igual, casos em apoio de crianças referenciadas como tendo um atraso do desenvolvimento.

---

<sup>14</sup> **Risco estabelecido** – refere-se a crianças cujos défices precoces a nível do desenvolvimento se crêem estar relacionados com perturbações diagnosticadas como pertencendo ao foro físico (Gallagher e Tramill, 1998, p. 44).

<sup>15</sup> **Risco ambiental** – diz respeito a crianças cujas experiências são significativamente limitadas durante os primeiros anos de vida, particularmente em áreas como a ligação com a mãe, organização familiar, cuidados de saúde, nutrição e oportunidades de estimulação em termos físicos, sociais e de adaptação; factores fortemente correlacionados com a probabilidade de atrasos do desenvolvimento (Gallagher e Tramill, 1998, p. 44).

<sup>16</sup> **Risco biológico** – diz respeito a crianças que apresentem uma história de factores biológicos durante os períodos pré-natal, neo-natal ou pós-natal, os quais podem resultar em problemas de desenvolvimento (Gallagher e Tramill, 1998, p. 44).

No que diz respeito à faixa etária das crianças apoiadas, verifica-se que a maioria dos casos tem entre três e cinco anos e que apenas uma reduzida percentagem é de situações de crianças com idade superior a seis anos (esta faixa etária não é abrangida ao nível da população alvo de intervenção precoce, no entanto houve continuação do apoio efectuado pela EID pelo facto de ter sido solicitado adiamento escolar).

**Quadro 10 – Distribuição da totalidade dos casos observados em função do tipo de situação de risco e da idade**

	<i>Condição Estabelecida</i>	<i>Risco Biológico</i>	<i>Risco Ambiental</i>	<i>Atraso Desenvol.</i>	<b>Total</b>
<b>0 a 2 anos</b>	7	2	6	1	16 (26%)
<b>3 a 5 anos</b>	13	7	15	6	41 (67%)
<b>+ 6 anos</b>	1	0	1	2	4 (7%)
<b>Total</b>	21 (34%)	9 (15%)	22 (36%)	9 (15%)	<b>61 (100%)</b> <sup>17</sup>

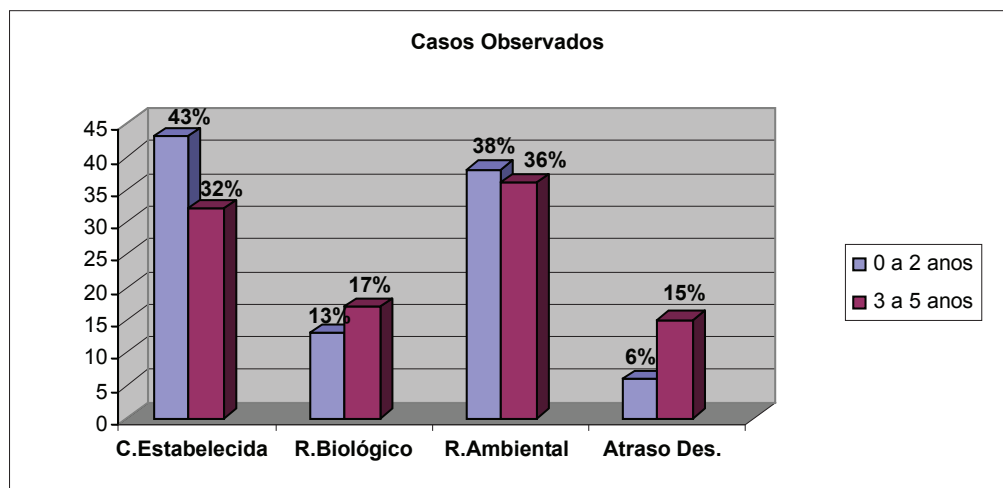
Analisando o número de casos por tipo de situação de risco e por idade (ver Figura 16), verificamos que a nível da população dos zero aos dois anos de idade, à qual se destinam prioritariamente os serviços de intervenção precoce, a percentagem de situações de condição estabelecida e de risco ambiental correspondem à maioria dos casos em apoio, havendo menor número de situações de risco biológico e de atraso do desenvolvimento.

Na faixa etária dos três aos cinco anos, mantém-se a mesma tendência, correspondendo também a percentagem relativa de famílias com crianças em situação de condição estabelecida e de risco ambiental à maior parte dos casos em apoio, verificando-se um aumento relativo no que respeita às situações referenciadas por risco biológico e por atraso do desenvolvimento.

Constata-se, a nível global, que as famílias apoiadas com crianças em situação de condição estabelecida e de risco ambiental são quase equivalentes em número, tal como as situações de risco biológico e de atraso do desenvolvimento.

<sup>17</sup> O total global é de 61, visto que um dos casos estava em processo de avaliação, por ter sido recentemente referenciado pelo jardim-de-infância à equipa de intervenção directa.

**Figura 16 – Percentagens relativas à totalidade dos casos observados em função do tipo de situação de risco e da idade**



Esta caracterização permitiu-nos ter uma visão global dos casos apoiados pelos profissionais e que foram alvo da observação das suas práticas de apoio precoce na presente investigação.

## 1.2. Instrumentos

No sentido de responder aos objectivos deste trabalho, e para podermos efectuar uma caracterização detalhada das práticas implementadas, foram desenvolvidos ou adaptados os seguintes instrumentos:

### 1.2.1. Ficha de Caracterização Geral dos Serviços e Equipas

A ficha de “Caracterização Geral dos Serviços/Equipas de Intervenção Precoce” (ver em Anexo I), foi estruturada por nós, em estreita colaboração com os profissionais do Departamento de Intervenção Precoce da FENACERCI, o que nos permitiu testar a adequação do tipo de questões colocadas e aferir a funcionalidade do seu preenchimento.

Na sua elaboração tivemos em consideração alguns formulários, habitualmente preenchidos pelos profissionais, para caracterização dos serviços e da tipologia dos casos apoiados, cujos dados são regularmente enviados ao Ministério da Educação (Direcção-Geral de Inovação e

Desenvolvimento Curricular) e ao Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social Segurança Social (Centro Distrital de Segurança Social de Portalegre).

Com o preenchimento desta ficha, pretendíamos recolher informação detalhada relativamente ao funcionamento global das equipas de intervenção directa, bem como à implementação dos programas de intervenção precoce a nível distrital, nomeadamente no que diz respeito à:

- Caracterização do Programa – queríamos obter dados relativos:

- a) à capacidade de atendimento das equipas, efectuando um levantamento do número de casos directamente apoiados e número de casos sinalizados a aguardarem resposta;

- b) ao tipo de financiamento, especificando quais as entidades financiadoras dos serviços prestados e se os custos inerentes ao seu funcionamento eram subvencionados na sua totalidade pelos acordos tripartidos estabelecidos ao abrigo do Despacho Conjunto nº 891/99 ou se seriam também custeados por outros mecanismos de financiamento (subsidiados pela Segurança Social, comparticipados pelo Ministério da Educação através da Portaria 1102/97, pelo Programa “Ser Criança”, cobertos pela entidade de suporte, contribuições dos pais, ou ainda por qualquer outro tipo de receitas);

- c) ao tipo de parcerias estabelecidas para implementação da rede de serviços (sinalizando as entidades com as quais as EID tinham protocolos de colaboração estabelecidos ou parcerias não formais, designadamente a nível da educação, da segurança social, da saúde, da autarquia ou de outras organizações não governamentais);

- d) ao modo como era estruturada e efectuada a coordenação das equipas a nível distrital.

- Caracterização da Equipa – desejávamos saber, relativamente aos profissionais que integravam as equipas:

- a) a que categorias profissionais pertenciam (nomeadamente ao nível do acompanhamento directo às crianças e suas famílias);

b) qual o seu vínculo laboral (especificando quais os profissionais destacados, contratados pelas entidades promotoras, em regime de prestação de serviços ou sem qualquer vínculo formal às equipas), se desempenhavam funções a tempo completo ou em horário parcial, e ainda, quais os organismos que custeavam o seu trabalho (Ministério da Educação, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, Ministério da Saúde, Autarquia, Entidade de Suporte) ou se eram cedidos por outros serviços da comunidade;

c) há quanto tempo exerciam a sua actividade laboral em serviços de intervenção precoce, quais as funções que desempenham nas equipas (apoio directo às famílias, participação em reuniões, coordenação, formação, supervisão, ou outras), bem como qual o tipo de formação (contínua e pós-graduada) que tinham realizado, para além da sua formação inicial.

- Caracterização da População – pretendíamos recolher dados relativamente aos casos acompanhados pelas equipas, nomeadamente qual o número total de famílias apoiadas em função do tipo de risco (condição estabelecida, risco biológico ou risco ambiental, considerando a situação que determina maior limitação ou risco ao nível do desenvolvimento da criança), especificando quais os factores inerentes a cada uma das situações (tipo de problemática), bem como a faixa etária das crianças atendidas.

- Caracterização da Intervenção – solicitávamos informação referente ao contexto (domicílio, ama, creche, jardim de infância, sede do serviço, ou outro local) onde os apoios tinham lugar, assim como relativamente à periodicidade (trissemanal, bissemanal, semanal, quinzenal, mensal, ou outra) em que os mesmos eram prestados.

- Caracterização da Avaliação – procurávamos obter dados alusivos ao tipo de avaliação efectuada relativamente ao próprio serviço (interna ou externa, pontual ou regular), qual a entidade responsável pelo processo de avaliação (em caso de avaliação externa, saber se esta seria efectuada pelo organismo financiador do serviço, por uma instituição do ensino superior ou por qualquer outra entidade) e de que modo a avaliação era formalmente realizada (questionários aos pais e/ou aos profissionais, quanto à sua satisfação e à eficácia do programa, ou outra forma de avaliação do serviço/equipa).

▪ Caracterização da Supervisão – tencionávamos conhecer se já existia, implementada no terreno, alguma forma de supervisão do trabalho desenvolvido pelas equipas, caracterizando, em caso afirmativo:

a) as entidades a que pertenciam os supervisores (Equipa de Coordenação Distrital, Serviço de Intervenção Precoce, Instituição do Ensino Superior, Educação, Saúde, Solidariedade Social, ou outra);

b) a frequência com que decorriam as sessões de supervisão (semanal, quinzenal, mensal, trimestral ou outra) e o tipo de supervisão efectuada (análise e discussão de casos, funcionamento da equipa, programas implementados, ou outra);

c) se existia um programa de formação em serviço, especificando a entidade formadora (Educação, Saúde, Solidariedade Social, Instituição do Ensino Superior, Serviço de Intervenção Precoce, ou outra).

Este instrumento teve, assim, como objectivo facultar indicadores relativos às características estruturais das equipas de intervenção directa, bem como à implementação dos programas de intervenção precoce a nível distrital.

### 1.2.2. Formulário de Autoavaliação de Padrões de Qualidade

A fim de avaliar a qualidade geral das práticas das equipas foi utilizado um Formulário de Autoavaliação do “Guia de Padrões de Qualidade em Intervenção Precoce”, traduzido por Mendes, Gronita, Bernardo & Marques (2006), a partir da versão castelhana do *Guía de Estándares de Calidad en Atención Temprana* – Formulario de Autoevaluación (IMSERSO, 2004) e adaptado com base na sua edição inglesa *Early Intervention Quality Standards Guide – Self-evaluation Form* (AGAT, 2004), no sentido de o adaptar a uma terminologia e conceitos comuns em toda a Europa.

O *Guía de Estándares de Calidad en Atención Temprana* (Ponte, 2004) foi elaborado em Espanha por um grupo de especialistas<sup>18</sup> em intervenção precoce, com o objectivo de criar um instrumento que servisse de orientação e

<sup>18</sup> Este grupo foi criado no âmbito do *Plan Nacional de Acción para las Personas con Discapacidad (1997-2002)* promovido pela IMSERSO (Secretaria de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad/ Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales).

ajuda a diferentes serviços que trabalham na prevenção e intervenção precoce, o qual se constituiria como um instrumento de referência para os profissionais mais directamente implicados na intervenção precoce e ajudaria a dinamizar a coordenação e colaboração entre os diferentes recursos sociais, educativos e da saúde. Na elaboração deste guia, o grupo de especialistas adoptou como referência, no aspecto técnico, os *Estándares de Calidad sobre la Integración Laboral* (instituídos pelo Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) assim como procedimentos de avaliação usados em outros programas de intervenção precoce, sobretudo derivados do programas Head Start dos Estados Unidos. Quanto aos conteúdos profissionais, tiveram como ponto de partida um *Catálogo de Buenas Prácticas* que foi elaborado com base nas propostas dos documentos mais representativos do sector<sup>19</sup>. Desse catálogo geral extraíram uma primeira listagem de padrões de qualidade, que foi posteriormente submetida a uma consulta e classificação por parte de Associações Profissionais de Intervenção Precoce, Federações de Pais de âmbito nacional, Centros de Intervenção Precoce (públicos e privados), peritos e responsáveis por Mestrados em Intervenção Precoce, equipas de diferentes sectores da intervenção precoce e pertencentes a diferentes organismos das diversas Comunidades em Espanha. Com os resultados dessa consulta foi realizada uma análise qualitativa e quantitativa da informação obtida, reelaborado o questionário em função dos contributos recebidos e efectuada a selecção final dos padrões e indicadores que integram o *Guia*.

O Formulário de Autoavaliação “Guia de Padrões de Qualidade em Intervenção Precoce” (ver em Anexo II) surge desse trabalho de campo e

---

<sup>19</sup> Referência a alguns dos documentos que contribuíram para a elaboração do *Catálogo de Buenas Prácticas*:

- *Educación. Intervención temprana: Información, orientación y guía para las familias*. Programa Europeu Helios II.
- *Atención Temprana. Tendencias en 17 países europeos*. Agência Europeia para o Desenvolvimento em Necessidades Educativas Especiais.
- *Libro Blanco de Atención Temprana*. Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT).
- *Manual de Buenas Prácticas*. Confederación Española de Organizaciones a favor de las personas con Discapacidad Intelectual (FEAPS).
- *Manual de Atención Temprana a niño/as con ceguera o deficiencia visual*. Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE).

identifica cinco níveis de actuação, que correspondem a dimensões que põem em relevo os principais domínios em que ocorrem os processos de intervenção precoce: *Comunidade, Família, Criança, Serviço e Programa de Intervenção Precoce*. Em torno destes níveis agrupam-se 37 *padrões de qualidade* e respectivos *indicadores* (num total de 139), cujos descritores (medidas) servem como referencial para monitorizar a qualidade das práticas implementadas pelos diferentes serviços/equipas de intervenção precoce.

No exercício de autoavaliação, os profissionais tiveram que classificar cada indicador de qualidade (IQ) num leque de cinco alternativas, variando de 1 (Não realizado) a 5 (Planificado, realizado sistematicamente e avaliado), atribuindo a pontuação de acordo com os critérios que considerassem melhor descrever as suas práticas (ver em Anexo II – Instruções de Aplicação).

Passamos em seguida a explicitar cada um dos cinco níveis de actuação, referindo qual o seu *objectivo*, no sentido de enquadrar os respectivos *padrões de qualidade*, bem como o *programa*, entendido como um conjunto funcional de procedimentos. O *padrão* define-se como o enunciado proposto para o procedimento de qualidade, sendo o *indicador* o meio de análise do funcionamento concreto do procedimento e o *descriptor* a identidade de cada padrão. Assim, temos:

- **Nível 1. Comunidade**

Este nível de actuação tem como *objectivo* considerar parâmetros relativos à coordenação e organização das redes sociais e institucionais, que visam a implementação de um *programa* de prevenção, detecção e intervenção precoce para crianças com perturbações do desenvolvimento ou em situação de risco. Inclui oito padrões de qualidade, 25 indicadores e respectivos descritores (ver em Anexo II):

a) O primeiro padrão, que inclui três indicadores de qualidade, diz respeito à existência de uma *listagem de perturbações do desenvolvimento*, que descreve critérios de elegibilidade dos casos e serve como orientação na rede de serviços para referenciação das famílias com crianças com perturbações do desenvolvimento ou em situação de risco;

b) O segundo padrão, que inclui quatro indicadores de qualidade, prevê a constituição de um *observatório para a infância*, no qual participem todos os recursos da comunidade, sendo que estes, nomeadamente a nível da saúde, educação e acção social, deverão desenvolver um plano de acção comunitário e monitorizam os dados relativos a todas as crianças apoiadas pelos serviços de intervenção precoce;

c) O terceiro padrão, que inclui cinco indicadores de qualidade, preconiza a utilização pelos recursos da comunidade de *procedimentos de triagem* para a detecção precoce de crianças com hipoacusia, baixa visão, atraso de linguagem e psicomotor, situações de risco social, e situações de metabolopatías;

d) O quarto padrão, que inclui quatro indicadores de qualidade, enfatiza que deverá ser facultada de imediato *informação e apoio* a todas as famílias em procedimentos de diagnóstico, devendo este procedimento incluir a recolha das preocupações dos pais, assim como indicações específicas relativas ao tipo de apoio e aos serviços de intervenção precoce;

e) O quinto padrão, que inclui um indicador de qualidade, refere que os profissionais deverão assegurar um *encaminhamento eficaz* de todas as crianças elegíveis e referenciá-las imediatamente aos serviços de intervenção precoce;

f) O sexto padrão, que inclui dois indicadores de qualidade, diz respeito à existência de um formulário comum para efectuar o *pedido de intervenção precoce*, o qual deverá incluir a identificação da criança, dados de quem sinaliza, consentimento informado da família, bem como identificação dos critérios de elegibilidade;

g) O sétimo padrão, que inclui quatro indicadores de qualidade, enquadra os princípios de confidencialidade relativamente aos registos relativos a cada família e cada criança, acesso aos processos individuais e transmissão de informação entre serviços, que deverão estar sujeitos a um *regulamento de protecção de dados*;

h) O oitavo padrão, que inclui dois indicadores de qualidade, prevê a existência de *serviços descentralizados*, prestados a nível concelhio e que cumpram os requisitos de certificação da qualidade.

▪ **Nível 2. Família**

Este nível de actuação tem como *objectivo* operacionalizar aspectos do processo passíveis de facilitar à família os meios que necessite para atender as suas novas necessidades, no sentido de ser implementado um *programa* de recursos para a família. Inclui nove padrões de qualidade, 40 indicadores e respectivos descritores (ver em Anexo II):

a) O primeiro padrão, que inclui três indicadores de qualidade, preconiza uma *abordagem multidimensional e holística*, referindo que o processo de avaliação deverá reunir informação relativamente à criança (historia pessoal, tipo de vinculação, factores de risco e protecção, desenvolvimento global), à família (necessidades e preocupações, competências parentais, agregado familiar, historia familiar, factores de risco e protecção, relações familiares), e aos contextos de vida (pessoas relevantes, recursos, redes sociais e institucionais, factores de risco e protecção);

b) O segundo padrão, que inclui três indicadores de qualidade, refere a relevância da realização de uma *avaliação interdisciplinar* contínua, cujos procedimentos incluam reuniões de equipa para analisar os registos, com a participação no mínimo de dois profissionais, e que se destina principalmente a identificar necessidades da criança, família e dos contextos, daí resultando a elaboração do plano individualizado de apoio à família;

c) O terceiro padrão, que inclui sete indicadores de qualidade, preconiza a participação e o *envolvimento familiar*, devendo a intervenção ser organizada em função da disponibilidade dos pais, das suas necessidades, vivências e crenças, e submeter as propostas de actuação à consideração da família, aceitando as suas decisões sempre que não prejudiquem os interesses da criança;

d) O quarto padrão, que inclui sete indicadores de qualidade, refere que o *plano individualizado de apoio à família* (PIAF) deverá ser elaborado com a

participação dos pais ou principais prestadores de cuidados em reunião de aconselhamento, em colaboração com o responsável de caso e pelo menos outro elemento da equipa; o PIAF deverá incluir objectivos, estratégias e prazos, bem como procedimentos para promover a inclusão social, transições entre contextos, e apoio à saúde; deverá ser elaborado num prazo de 30 dias após a entrevista de acolhimento e os pais (devidamente informados) deverão assinar o consentimento relativo às medidas acordadas;

e) O quinto padrão, que inclui três indicadores de qualidade, menciona que, para cada família, deverá ser nomeado um *responsável de caso*, aquando da elaboração do PIAF, o qual tem como papel canalizar os pedidos da família e promover o apoio por parte dos recursos comunitários, e deverá acompanhar no máximo 15 famílias;

f) O sexto padrão, que inclui seis indicadores de qualidade, preconiza que os aspectos da *inclusão social* no PIAF visam melhorar as competências da família, a qualidade da interacção entre os pais e a criança, ajudar as famílias a manterem os seus empregos, facilitar os encontros entre pais, aumentar as oportunidades da família para usufruir de tempo livre e o acesso aos apoios legalmente previstos;

g) O sétimo padrão, que inclui três indicadores de qualidade, refere que os *aspectos educativos* incluídos no PIAF, tais como acessibilidade e condições do contexto educativo, bem como transição para a escola, deverão ser delineados em coordenação com os serviços de educação, devendo ser transmitida informação relativa aos seus objectivos e métodos aos profissionais da creche ou jardim de infância;

h) O oitavo padrão, que inclui quatro indicadores de qualidade, diz respeito aos aspectos de *apoio à saúde* no PIAF, que visam dar resposta às necessidades de saúde na rotina da vida diária, incluindo informação sobre tratamentos, apoios especiais, possíveis efeitos secundários e sua prevenção, e deverão ser elaborados em colaboração com os serviços de saúde;

i) O nono padrão, que inclui quatro indicadores de qualidade, alude aos *direitos e deveres* do utente, sendo que o responsável de caso tem o dever de informar as famílias dos seus direitos, devendo estar previstos procedimentos

para registo das suas queixas e sugestões, bem como mecanismos para resolver dilemas éticos, devendo existir um regulamento interno que inclua os princípios éticos e as directrizes de funcionamento do serviço.

- **Nível 3. Criança**

Este nível de actuação tem como *objectivo* operacionalizar parâmetros que visam proteger os direitos da criança, assegurando a avaliação objectiva e os meios necessários para o seu desenvolvimento e necessidades, no sentido de ser implementado um *programa* que promova a igualdade de oportunidades. Inclui cinco padrões de qualidade, 21 indicadores e respectivos descritores (ver em Anexo II):

a) O primeiro padrão, que inclui cinco indicadores de qualidade, refere que a equipa deverá ser responsável por melhorar as relações de vinculação e práticas das famílias, providenciar oportunidades contínuas para o desenvolvimento, promover actividades significativas, facilitar as relações com grupos de pares e afastar as crianças de qualquer tipo de discriminação ou práticas que as negligenciem, de modo a que alcancem uma *plena participação* na vida social;

b) O segundo padrão, que inclui quatro indicadores de qualidade, preconiza que todas as crianças têm direito a receber ajudas desenvolvimentais que fortaleçam a sua *autonomia* e sempre que necessário o PIAF deverá proporcionar sessões de estimulação global, apoios terapêuticos, tecnologias de apoio e experiências de aprendizagem apropriadas, devendo todos os apoios ser gratuitos;

c) O terceiro padrão, que inclui três indicadores de qualidade, diz respeito à implementação de *alterações apropriadas no contexto*, de modo a satisfazer as necessidades especiais das crianças e o PIAF, quando necessário, deverá providenciar informação, formação e apoio aos pais e outros prestadores de cuidados, promover a eliminação de barreiras, devendo a equipa ser responsável pela inclusão da criança nos seus contextos naturais;

d) O quarto padrão, que inclui quatro indicadores de qualidade, refere-se à realização regular da *revisão dos casos*, a qual deverá ser efectuada sempre

que se verifiquem acontecimentos relevantes, devendo os progressos ser sistematicamente revistos em reunião trimestral com a participação do responsável de caso e pelo menos outro profissional da equipa; a revisão deverá incluir as opiniões dos pais e prestadores de cuidados, examinar os resultados do PIAF e reformular objectivos e métodos, e registar as alterações ocorridas num formulário próprio;

e) O quinto padrão, que inclui cinco indicadores de qualidade, estabelece que a *revisão anual dos casos* deverá ser realizada com a participação de toda a equipa e recursos comunitários envolvidos, podendo ser dirigida por um supervisor externo; deverá ser preparada pelo responsável de caso, com a mesma estrutura das revisões trimestrais, e os resultados deverão ser sintetizados e apresentados às famílias em reunião.

▪ **Nível 4. Serviço**

Este nível de actuação tem como *objectivo* considerar parâmetros relativos a uma adequada estrutura e organização das unidades de que o serviço dispõe, no sentido de ser implementado um *programa* de intervenção precoce. Inclui dez padrões de qualidade, 36 indicadores e respectivos descritores (ver em Anexo II):

a) O primeiro padrão, que inclui quatro indicadores de qualidade, refere a existência de um *organograma* com a descrição das unidades funcionais, que inclua unidade de coordenação do serviço, unidade de intervenção e unidade de informação, com orientações definidas e descrição de funções, tendo todas as unidades espaços e equipamentos apropriados;

b) O segundo padrão, que inclui cinco indicadores de qualidade, diz respeito à estruturação e funcionamento da *equipa multiprofissional* do serviço, a qual deverá ser composta por um quadro de pessoal adequado, com profissionais altamente qualificados, baseando-se a sua selecção na formação e experiência adequada, o trabalho de equipa deverá incluir reuniões periódicas para partilha de informação, análise de casos e avaliação de resultados dos programas, devendo o desempenho da equipa ser regularmente avaliado;

c) O terceiro padrão, que inclui três indicadores de qualidade, preconiza que a *coordenação* assuma a liderança efectiva e ética, promova o conhecimento e interiorização, por parte dos profissionais, acerca da missão objectivos e programas do serviço, e encoraje o trabalho de equipa;

d) O quarto padrão, que inclui dois indicadores de qualidade, menciona que a *avaliação do serviço* deverá ter em conta os pontos de vista e aspirações dos profissionais, devendo ser avaliada a sua situação laboral e condições de trabalho, relações com os utentes (criança, família, instituições, administração) e outros membros da equipa (superiores, iguais ou subordinados), bem como procedimentos e objectivos operacionais do serviço;

e) O quinto padrão, que inclui dois indicadores de qualidade, preconiza que a coordenação do serviço encoraje os profissionais a participar em actividades de *investigação e avaliação*, quer a nível da revisão dos casos, quer na avaliação global do serviço;

f) O sexto padrão, que inclui quatro indicadores de qualidade, refere que o serviço deverá dispor de *contabilidade organizada*, tendo os profissionais e os utentes acesso à descrição dos recursos financeiros e sua distribuição orçamental, sendo efectuados cálculos da relação entre custo-benefício e produzidos relatórios regularmente, devendo ser elaborado um relatório financeiro anual;

g) O sétimo padrão, que inclui dois indicadores de qualidade, define que o serviço deverá cumprir os *requisitos de segurança*, nomeadamente no que diz respeito à acessibilidade dos espaços, prevenção de acidentes e dispor de planos de evacuação supervisionados pelas entidades de segurança;

h) O oitavo padrão, que inclui quatro indicadores de qualidade, prevê a existência de *informação escrita* sobre os serviços prestados, as formas e entidades a que as famílias podem apresentar reclamações, mudanças nos procedimentos com base na análise das necessidades dos utentes e estabelecimento de acordos de funcionamento com outros serviços de modo a facilitar a referenciação e as redes de trabalho em colaboração;

i) O nono padrão, que inclui três indicadores de qualidade, refere a importância da existência de *programas de base comunitária* para sensibilizar

as famílias a nível do planeamento familiar, incrementar a educação parental e a rede de cuidados para a infância, aumentando a prevenção e a detecção precoce de crianças com perturbações do desenvolvimento ou em situações de risco;

j) O décimo padrão, que inclui sete indicadores de qualidade, define que se estabeleçam *medidas de avaliação* a nível dos procedimentos implementados, que se avaliem os recursos humanos e materiais, bem como a relação entre necessidades dos utentes e serviços que lhe são proporcionados, que se utilizem os meios de comunicação para dar a conhecer o serviço e se realize um trabalho de sensibilização social; o serviço deverá dispor de sistemas de análise para avaliar a qualidade e elaborar propostas para melhoria do Programa, procurando obter a certificação de qualidade.

▪ **Nível 5. Programa de Intervenção Precoce**

Este nível de actuação tem como *objectivo* operacionalizar parâmetros de controlo da funcionalidade do programa de intervenção precoce, no sentido de, ser implementado um *programa* de avaliação. Inclui cinco padrões de qualidade, 17 indicadores e respectivos descritores (ver em Anexo II):

a) O primeiro padrão, que inclui três indicadores de qualidade, refere-se ao *plano de actividades* anual, o qual deverá reunir informação sobre recursos, população a atender, calendarização das actividades, especificar objectivos e métodos, e ser elaborado com a participação dos profissionais;

b) O segundo padrão, que inclui três indicadores de qualidade, diz respeito ao *relatório de actividades* anual, o qual deverá reunir dados relacionados com financiamentos, actividades comunitárias, formação e investigação, bem como dados estatísticos relacionados com os registos dos casos e incluir o registo dos resultados gerais do programa de intervenção precoce;

c) O terceiro padrão, que inclui três indicadores de qualidade, enquadra a *avaliação externa*, a qual deverá ser realizada por serviços certificados, abrangendo todos os níveis do Programa (Comunidade, Família, Criança e Serviço) e ser realizada, no máximo, de três em três anos;

d) O quarto padrão, que inclui cinco indicadores de qualidade, é relativo à *formação contínua* e refere que, o serviço deverá manter registos actualizados das qualificações dos profissionais, os planos de formação deverão ser elaborados com a participação dos profissionais, devendo a formação abranger temas globais e específicos; preconiza ainda, a existência de dotação financeira para a formação e que o tempo dedicado á formação seja considerado como tempo de trabalho;

e) O quinto padrão, que inclui três indicadores de qualidade, reporta-se ao registo periódico do grau de *satisfação da família*, referindo que os questionários realizados deverão ser anónimos, escritos em linguagem fácil e incluir tópicos como o envolvimento e parceria, qualidade de vida, eficácia da intervenção, coordenação do trabalho de equipa e inter-serviços, grupos de auto-ajuda e formação contínua de pais.

Estes padrões operacionalizam conceitos fundamentais em intervenção precoce já referidos no presente trabalho, no primeiro e segundo capítulos, aquando do enquadramento conceptual sobre o desenvolvimento humano, bem como dos modelos actualmente recomendados a nível internacional.

Foi inicialmente pensado o estudo de validação deste instrumento, contudo este não foi viável devido ao elevado número de itens que o compõem, o que implicaria a participação de uma enorme quantidade de profissionais de forma a cumprir as condições para a realização de uma análise de Componentes Principais ( $n^{\circ}$  de sujeitos x  $n^{\circ}$  de itens), e criaria também muitas dificuldades para a operacionalização de uma validação facial. Considerando que o objectivo do nosso estudo se centra na avaliação das práticas no distrito de Portalegre, com base numa amostra de conveniência, abandonamos essa hipótese.

Assim, os dados deste instrumento foram reduzidos com base nos *padrões de qualidade*, bem como nos *níveis de actuação* referidos, criando variáveis compósitas calculadas com base na média dos indicadores que integram esses níveis e padrões. Na ausência de dados que nos permitissem efectuar a validação da escala por método estrutural, efectuamos o cálculo do

índice de fidelidade da medida (Alpha de Cronbach), cujo resultado revelou grande consistência dos dados (valores de *alpha* elevados), como será explicitado na secção 1.4. Análise de Dados.

### 1.2.3. Protocolo de Análise Documental dos Processos

Este instrumento, que foi estruturado por nós, visa caracterizar os procedimentos e acções desenvolvidas no âmbito do programa de intervenção precoce, com base na análise dos documentos constantes nos processos dos casos acompanhados pelas equipas.

O “Protocolo de Análise Documental” (ver Anexo III), pretende recolher e sistematizar informação sobre os dados arquivados nos processos das famílias, nomeadamente em relação a:

a) Documentação existente (formulários ou relatórios) com dados relativos à sinalização da situação, informação sobre o agregado familiar, desenvolvimento da criança, articulação com serviços especializados, planos individualizados de apoio, programas educativos, registos de acompanhamento e reuniões realizadas para análise do caso;

b) Procedimentos de avaliação junto da criança e da família, particularmente no que se refere a informação sobre quem foram os intervenientes no processo de avaliação, locais onde decorreu, instrumentos usados para avaliação da criança e caracterização da família, tipo de informações recolhidas, tipo de registos efectuados sobre resultados da avaliação e indicação de partilha da informação obtida;

c) Planeamento e implementação da intervenção, principalmente em relação a dados sobre quem foram os intervenientes na planificação do programa de intervenção, quem são os responsáveis pela sua execução, que tipo de objectivos e áreas de intervenção foram definidas, qual a periodicidade e contexto em que decorre o apoio.

A análise documental permite-nos aceder a uma fonte de informação que representa dados relativos às práticas que foram compilados e estruturados pelos participantes no estudo.

#### 1.2.4. Grelha de Registo da Observação das Práticas

A grelha de “Registo de Observação das Práticas” (ver Anexo IV) foi planificada por nós e tem por objectivo registar todas as acções realizadas pelos profissionais com vista a responder às necessidades das crianças e suas famílias. Este instrumento foi estruturado no sentido de podermos anotar o tipo de actividades observadas, os seus conteúdos, os intervenientes presentes, os contextos em que decorre a intervenção, os instrumentos utilizados, o tempo de apoio, ou qualquer outro aspecto considerado relevante na situação.

Pretendia-se, assim, captar aspectos relativos à dinâmica dos serviços a vários níveis:

- a) Intervenção directa com a criança;
- b) Intervenção directa com a família;
- c) Interacção com outros profissionais;
- d) Articulação com recursos da comunidade.

Esta grelha constituiu apenas uma estratégia de registo das observações naturalistas, com o intuito de nos ajudar a sistematizar e organizar os dados, não constituindo um instrumento de categorização da informação a recolher.

Tivemos essencialmente como objectivo, documentar o funcionamento habitual das equipas, tanto a nível do apoio directo prestado pelos profissionais às crianças e suas famílias, como também, no que diz respeito aos serviços indirectos, à realização de reuniões de equipa e de discussão de casos, com vista a analisar as práticas efectivamente implementadas e a sinalizar indicadores de qualidade.

### **1.3. Procedimentos**

A implementação deste estudo avaliativo correspondeu também, e tal como anteriormente referido, a um desejo dos profissionais envolvidos nos programas de intervenção precoce do distrito, quer ao nível da coordenação, quer da intervenção directa, tendo havido acordo relativamente ao tipo e

objectivos da avaliação. Assim, o estudo iniciou-se com um processo de autoavaliação realizado por cada um dos profissionais das equipas de intervenção directa, sendo complementado por dados de natureza qualitativa e quantitativa, através de análise documental e observação participada das práticas.

Tal como refere Pimentel (2005), a relação que se estabelece entre o programa, os seus utentes directos e a comunidade, só pode ser correctamente avaliada pela observação cuidadosa das práticas que são implementadas. Nesse sentido, o avaliador deve reunir documentação escrita e recolher informações:

a) dos coordenadores do programa (ao nível da filosofia e modelos do programa e forma como estes reflectem um enfoque na família partilhado por todos os elementos da equipa);

b) dos profissionais que prestam serviços às famílias (ao nível das práticas de trabalho, forma como reflectem a natureza da relação família/profissional, necessidades de formação e grau de satisfação);

c) ao nível da família (satisfação com o programa, aumento da sua competência relativamente ao ambiente estimulante que deve ser proporcionado à criança e da qualidade de vida familiar).

O estudo foi apresentado, em 2006, às equipas de intervenção directa, após o aval da equipa de coordenação distrital, em reuniões calendarizadas para o efeito. Nessas reuniões, analisaram-se os objectivos, procedimentos e instrumentos a usar no processo de avaliação, e clarificou-se o tipo de colaboração necessária por parte das famílias e dos profissionais. Em seguida, foi distribuída a “Ficha de Caracterização Geral dos Serviços/Equipas de Intervenção Precoce” a cada uma das equipas, a qual foi posteriormente preenchida pelos respectivos coordenadores.

### 1.3.1. Autoavaliação de Padrões de Qualidade

Igualmente em reuniões realizadas com as equipas de intervenção directa, as quais foram organizadas por entidade de suporte (visto alguns dos

profissionais desempenharem simultaneamente funções em mais do que uma equipa, ligadas à mesma entidade), foi apresentado o “formulário de autoavaliação do guia de padrões de qualidade em intervenção precoce”, o qual foi preenchido individualmente por cada um dos profissionais presentes, representando as diversas equipas do distrito.

Paralelamente à realização do estudo em Portalegre, procedeu-se também à aplicação do formulário de autoavaliação a profissionais de serviços de intervenção precoce da zona metropolitana de Lisboa. Embora a participação destes profissionais tivesse por objectivo inicial estudar a escala, decidimos, no decorrer da investigação, usar também os dados obtidos nesta região para a análise dos resultados globais (ver secção 2.2. Avaliação de padrões de qualidade percebida). Para a recolha destes dados contámos com a colaboração de algumas estudantes a realizarem a monografia de licenciatura em Psicologia no Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

### 1.3.2. Observação Participada das Práticas

O procedimento seguinte diz respeito à selecção dos profissionais para a observação das práticas, a qual decorreu em 2007. Esta selecção foi realizada em estreita colaboração com a equipa de coordenação distrital, tendo sido efectuado o levantamento de todos os profissionais a desempenharem funções de intervenção directa, não se incluindo os profissionais que colaboravam com as equipas num horário semanal inferior a 7 horas, porque pertenciam a outros serviços da comunidade. Tendo por base este critério, apuramos que existiam 48 profissionais a exercerem funções em permanência nas EID do distrito, sendo que alguns destes profissionais colaboravam simultaneamente em duas equipas, as quais estavam agregadas à mesma entidade de suporte.

Decidiu-se, então, que iríamos observar 50% dos profissionais, de cada uma das categorias representadas nas equipas de intervenção precoce do distrito de Portalegre (Educação de Infância, Psicologia, Serviço Social, Terapia da Fala, Terapia Ocupacional e Fisioterapia), de forma a manter a

proporcionalidade relativa destes profissionais nas EID, pelo que seleccionámos aleatoriamente 24 profissionais das equipas de intervenção directa para realizar a observação das práticas (ver secção 1.3.1. Profissionais participantes na observação das práticas). Para realizar a selecção aleatória atribuímos inicialmente um algarismo a cada um dos elementos, sendo que os algarismos foram posteriormente sorteados de acordo com as diferentes categorias profissionais. Constituímos assim uma amostra intencionalmente heterogénea, *amostra por quotas*, em que a variável representada é proporcional ao universo de trabalho (Ribeiro, 2008).

Todos os profissionais seleccionados concordaram em participar no estudo (100%), tendo sido substituída uma educadora após o sorteio, por previsivelmente, no decorrer da recolha de dados, ficar em licença de parto. Também todas as famílias autorizaram a nossa presença no decorrer das sessões de apoio, sendo que o pedido de autorização foi efectuado pelo respectivo responsável de caso, havendo apenas a registar uma situação em que o profissional decidiu não formular o pedido a uma das famílias que acompanhava.

O autor do presente estudo, no decorrer da observação das práticas, acompanhou cada um dos profissionais participantes ao longo de dois dias de intervenção, efectuando dois períodos de observação com a duração de meio-dia cada (manhã ou tarde). O investigador não tomou parte da acção, estando presente na sessão de apoio com o estatuto de observador.

Assim, adoptámos um desenho de investigação observacional (Creswell, 2003), em que o investigador não intervém, apenas desenvolve procedimentos para anotar os acontecimentos (notas de campo) que decorrem naturalmente nas práticas implementadas pelos profissionais para responderem às necessidades das crianças e suas famílias, dinamizarem o funcionamento da equipa, bem como a sua articulação com os recursos da comunidade.

No sentido de podermos complementar os dados obtidos, nomeadamente no que diz respeito à caracterização das crianças e suas

famílias, bem como de analisarmos os procedimentos de avaliação e de intervenção implementados, efectuamos uma consulta documental dos processos para análise dos registos relativos aos casos apoiados pelos profissionais no decorrer da observação participada das práticas.

#### **1.4. Análise de Dados**

Nesta investigação recorreremos a um método misto, uma vez que utilizamos abordagens quantitativas e qualitativas, nas diferentes etapas da sua realização. Assim, tanto a nível da recolha como da análise dos dados são, utilizados procedimentos quantitativos e qualitativos e os resultados são apresentados quer em formato quantitativo, quer em termos de inferências qualitativas. A nível da recolha utilizamos um instrumento de avaliação com escala de registo tipo *Likert*, análise documental e observação participada. A nível da análise dos dados utilizamos estatísticas descritivas e inferenciais, bem como análise de conteúdo.

Nesta secção passamos a descrever, em primeiro lugar, a análise realizada no sentido de calcular os valores de fidelidade dos dados e estudo da normalidade da sua distribuição, bem como as análises efectuadas a nível de estatística descritiva e inferencial. Em seguida, apresentamos os procedimentos de análise de conteúdo indutiva relativa aos dados da observação participada das práticas.

##### **1.4.1. Análise Quantitativa**

No sentido de responder às primeiras questões de investigação foram realizadas análises quantitativas que passamos a enunciar nesta secção.

Como foi anteriormente referido, optou-se pela verificação da fidelidade dos dados com base na estrutura conceptual do instrumento, tal como é proposta pelos seus autores. Neste contexto, e com o objectivo de reduzir o número de variáveis em análise para a realização do tratamento de dados, foram criadas variáveis compósitas calculadas com base na média dos

*indicadores* de cada um dos *níveis*, bem como na *média dos indicadores* de cada um dos *padrões*, do *Guia de Padrões de Qualidade em Intervenção Precoce* (ver Anexo II).

No sentido de se analisar a consistência interna dos dados obtidos com base na escala, procedemos a uma análise de fidelidade utilizando o Coeficiente *Alpha de Cronbach*, que se baseia na correlação média inter-item e que nos permitiu determinar se as variáveis compósitas calculadas medem de facto o que pretendem medir, podendo ser, assim, utilizadas em análises posteriores. Uma vez comprovada a fidelidade dos dados da escala, poderá dizer-se que as diferenças de pontuações obtidas pelos diferentes participantes são devidas a diferenças individuais e não a erro de variância (Oliveira, 2002).

Passamos, em seguida, a explicitar as variáveis compósitas e os respectivos valores de fidelidade dos dados, obtidos através do cálculo do Alpha de Cronbach. Assim, temos:

a) Variáveis compósitas com base nos cinco *níveis de actuação*, obtidas pelo cálculo da média de cotações dos indicadores incluídos em cada um dos níveis:

Nível 1. Comunidade (n = 25 /  $\alpha$  = .93)

Nível 2. Família (n = 40 /  $\alpha$  = .95)

Nível 3. Criança (n = 21 /  $\alpha$  = .91)

Nível 4. Serviço (n = 36 /  $\alpha$  = .93)

Nível 5. Programa (n = 17 /  $\alpha$  = .88)

b) Variáveis compósitas com base nos *padrões de qualidade* (37), obtidas pelo cálculo da média de cotações dos respectivos indicadores:

Padrão 1.1 - Listagem de Perturbações (n = 3 /  $\alpha$  = .84)

Padrão 1.2 - Observatório para a Infância (n = 4 /  $\alpha$  = .87)

Padrão 1.3 - Procedimentos de Triagem (n = 5 /  $\alpha$  = .97)

Padrão 1.4 - Informação e Apoio (n = 4 /  $\alpha$  = .93)

Padrão 1.5 - Encaminhamento Eficaz (n = 1)

Padrão 1.6 - Pedido de Intervenção Precoce (n = 2 /  $\alpha$  = .78)

Padrão 1.7 - Regulamento de Protecção de Dados (n = 4 /  $\alpha$  = .71)

Padrão 1.8 - Serviços Descentralizados (n = 2 /  $\alpha$  = .17)

Padrão 2.1 - Abordagem Holística (n = 3 /  $\alpha$  = .89)

Padrão 2.2 - Avaliação Interdisciplinar (n = 3 /  $\alpha$  = .80)

Padrão 2.3 - Envolvimento Familiar (n = 7 /  $\alpha$  = .83)

Padrão 2.4 - Participação no PIAF (n = 7 /  $\alpha$  = .90)

Padrão 2.5 - Responsável de Caso (n = 3 /  $\alpha$  = .55)

Padrão 2.6 - Inclusão Social no PIAF (n = 6 /  $\alpha$  = .84)

Padrão 2.7 - Aspectos Educativos (n = 3 /  $\alpha$  = .78)

Padrão 2.8 - Apoio à Saúde no PIAF (n = 4 /  $\alpha$  = .87)

Padrão 2.9 - Direitos e Deveres (n = 4 /  $\alpha$  = .78)

Padrão 3.1 - Plena Participação (n = 5 /  $\alpha$  = 0.90)

Padrão 3.2 - Fortalecer a Autonomia (n = 4 /  $\alpha$  = .78)

Padrão 3.3 - Alterações no Contexto (n = 3 /  $\alpha$  = .85)

Padrão 3.4 - Revisão Regular dos Casos (n = 4 /  $\alpha$  = .78)

Padrão 3.5 - Revisão Anual dos Casos (n = 5 /  $\alpha$  = .85)

Padrão 4.1 - Organograma (n = 4 /  $\alpha$  = .91)

Padrão 4.2 - Equipa Multiprofissional (n = 5 /  $\alpha$  = .82)

Padrão 4.3 - Coordenação (n = 3 /  $\alpha$  = .91)

Padrão 4.4 - Profissionais Avaliam Serviço (n = 2 /  $\alpha$  = .84)

Padrão 4.5 - Avaliação e Investigação (n = 2 /  $\alpha$  = .84)

Padrão 4.6 - Contabilidade Organizada (n = 4 /  $\alpha$  = .46)

Padrão 4.7 - Requisitos de Segurança (n = 2 /  $\alpha$  = .79)

Padrão 4.8 - Informação Escrita dos Serviços (n = 4 /  $\alpha$  = .74)

Padrão 4.9 - Programas de Base Comunitária (n = 3 /  $\alpha$  = .89)

Padrão 4.10 - Medidas de Avaliação (n = 7 /  $\alpha$  = .91)

Padrão 5.1 - Plano de Actividades (n = 3 /  $\alpha$  = .96)

Padrão 5.2 - Relatório de Actividades (n = 3 /  $\alpha$  = .87)

Padrão 5.3 - Avaliação Externa (n = 3 /  $\alpha$  = .88)

Padrão 5.4 - Formação Contínua (n = 5 /  $\alpha$  = .73)

Padrão 5.5 - Satisfação da Família (n = 3 /  $\alpha$  = .95)

Com base nos dados de fidelidade concluímos que, das variáveis compósitas calculadas, apenas duas (Serviços Descentralizados e Responsável de Caso) não poderiam ser utilizadas em análises posteriores por apresentarem um  $\alpha < .70$ .

Após a definição das variáveis a utilizar foi efectuado o estudo da normalidade da distribuição dos dados, no sentido de apurar a possibilidade de utilizar análises paramétricas. Com base na análise dos valores de assimetria e curtose, bem como dos histogramas, e ainda no cálculo do teste K-S<sup>20</sup>, verificamos que apenas 5 das 42 variáveis apresentavam distribuição normal, pelo que optámos pela utilização de estatística não paramétrica.

Em primeiro lugar, foram realizadas análises descritivas, somente em relação às equipas de intervenção directa de Portalegre, visto serem o alvo principal da nossa investigação. Nesta fase, para além da análise das variáveis compósitas, foram ainda descritos dados relativos aos indicadores de qualidade que as integram, sendo apresentadas as frequências de todos os indicadores do *Guia de Padrões de Qualidade em Intervenção Precoce*, por se considerar que as diferenças nesses indicadores poderiam consubstanciar, quer a análise quantitativa, quer a análise qualitativa dos resultados. Em seguida são analisados, com mais detalhe, os indicadores que apresentam valores nos dois extremos da escala, isto é, medianas cinco ou um, e cujos valores de assimetria e de curtose indicam baixa variabilidade na autoavaliação das práticas, por corresponderem, quer a práticas já sistematicamente realizadas pela maioria dos profissionais, quer a práticas ainda não implementadas também pela maioria dos inquiridos.

Com o objectivo de responder às questões de investigação e no sentido de comparar diferenças nas variáveis compósitas (níveis e padrões de qualidade) em dois grupos independentes, definidos em função da: a) região do país; e, b) tempo de serviço total; utilizamos o teste de Mann-Whitney, baseado no teste estatístico *U*. Este procedimento compara duas condições, quando participantes diferentes estão incluídos em cada uma delas e os dados não têm

---

<sup>20</sup> Teste de Kolmogorov-Smirnov, com correcção com base no indicador de Lilliefors Significance.

uma distribuição normal (Palliant, 2001). Este teste é o correspondente não paramétrico do teste t-Student para amostras independentes. Considerando que usámos estatística não paramétrica, para melhor interpretação dos resultados, analisámos os valores da média obtida e também da mediana.

No sentido de comparar as referidas variáveis de qualidade em vários grupos independentes definidos em função da: a) categoria profissional; e, b) tempo de serviço em intervenção precoce; utilizámos o teste de Kruskal-Wallis, baseado no teste estatístico  $H$ . Este procedimento compara mais de duas condições, quando participantes diferentes estão incluídos em cada uma delas e os dados não têm uma distribuição normal. Para verificação *post-hoc* dos resultados do teste Kruskal-Wallis, utilizaram-se testes Mann-Whitney. Com o objectivo de evitar a inflação do índice de erros, procedeu-se a um ajustamento, através da utilização da correcção Bonferroni, para assegurar que os erros de Tipo I não ultrapassavam .05 (Field, 2005). De forma a reduzir o número de comparações entre os subgrupos considerados no teste Kruskal-Wallis e assim evitar uma redução drástica no valor crítico para a significância, optou-se por comparar o grupo que obteve cotações mais baixas nas dimensões em análise com os restantes grupos.

Na interpretação dos resultados, para além do valor da significância estatística, foram calculados os valores do tamanho do efeito com base na equação  $r = \frac{Z}{\sqrt{N}}$  (Cohen, 1992; como citado em Field, 2005), tendo o significado prático dos mesmos sido interpretado de acordo com as convenções definidas por Cohen: assim um  $r$  de .10 foi considerado pequeno revelando uma associação fraca, um  $r$  de .30 foi considerado médio revelando uma associação moderada, um  $r$  de .50 foi considerado grande revelando uma associação forte.

Os resultados referentes a estas análises incluem dados relativos tanto à estatística descritiva como inferencial, de forma a facilitar a sua interpretação, bem como a sua análise qualitativa.

### 1.4.2. Análise Qualitativa

Neste âmbito, as técnicas de recolha de dados que utilizamos, e no sentido de responder às questões de investigação relativas às práticas de apoio precoce efectivamente implementadas pelos profissionais, foram a análise de documentos e a observação participada.

Passamos a enunciar a análise realizada no que diz respeito aos registos da análise documental dos processos das crianças/ famílias que foram directamente apoiadas no decorrer das sessões de apoio observadas. Assim, começou por se atribuir um número a cada item do “Protocolo de Análise Documental” (Anexo III) por nós construído, que abrangia aspectos relativos ao tipo de documentos constantes no dossier do caso, bem como relativos aos registos referentes aos procedimentos de avaliação e intervenção. E, seguidamente, procedemos à contagem de frequências livres de cada item nas várias categorias contempladas no protocolo, o que nos permitiu realizar uma análise descritiva dos processos e das ocorrências no que concerne aos registos relativos à implementação dos programas de intervenção precoce estudados.

Relativamente à observação participada das práticas, a recolha de dados foi realizada por um observador, o autor do presente estudo, o qual efectuou registos escritos de tipo naturalista das actividades e conversas, e dos contextos em que estas decorriam, no âmbito dos serviços de apoio directo e indirecto realizados pelo profissional que estava a ser observado. O registo foi efectuado sob o formato de notas de campo registadas na folha de “Registo de Observação das Práticas” (Anexo IV). Procedeu-se, em seguida, à análise de conteúdo destes registos da observação das práticas. O objectivo da análise de conteúdo foi isolar, contar e interpretar temas recorrentes no material em estudo (notas de campo). O sistema de codificação foi definido de forma empírica, sendo a construção do sistema de categorias e subcategorias desenvolvido de modo *indutivo* (Silverman, 2001), uma vez que estas não foram criadas à priori, mas emergiram do material em estudo, num processo de

construção interactiva sem a influência de pressupostos pré-definidos, tendo apenas implícito o domínio em investigação.

No tratamento desta informação, procedemos inicialmente à leitura dos registos e definimos uma lista de temas chave que emergiam das notas de campo e que poderiam enquadrar os conteúdos observados. A listagem inicial dos temas foi analisada de modo recursivo e com base nessa análise foram definidas as categorias e subcategorias, tendo sido em seguida efectuada a discussão com dois pares para apurar os critérios de cotação a estabelecer para as categorias de modo a contemplar todas as situações observadas. Com base no sistema de categorias criado, procedeu-se à análise dos dados obtidos. Foram contabilizadas as frequências livres por subcategorias, separadamente, em função dos intervenientes presentes na intervenção observada: só família; só criança; a família e a criança; e, só outro profissional.

A investigação qualitativa é um trabalho de proximidade e interactiva, e é útil para revelar os princípios que orientam as ideias, decisões e acções dos profissionais. De acordo com Denzin (1978; como citado em Skinner, 1999), a conjugação de métodos qualitativos com medidas quantitativas pode providenciar uma descrição mais completa do objecto em estudo e aumentar a sua validade.

*Nem tudo o que conta pode ser contado.*

*Nem tudo o que pode ser contado conta.*

Albert Einstein

## 2. Resultados

Os resultados aqui apresentados são relativos aos dados recolhidos, entre Maio de 2006 e Julho de 2007, em equipas de intervenção directa do distrito de Portalegre, bem como em serviços de intervenção precoce da zona metropolitana de Lisboa, e salientam quer aspectos quantitativos, quer aspectos qualitativos, relativamente às características dos programas de intervenção precoce, tanto no que se refere aos modelos em que se fundamentam como às práticas implementadas.

### 2.1. Os serviços e a autoavaliação das práticas

Num primeiro momento, apresentaremos os dados referentes à estruturação dos serviços implementados pelas equipas de intervenção directa do distrito de Portalegre, e, posteriormente, apresentaremos os dados relativos à autoavaliação das práticas efectuada pelos profissionais.

#### 2.1.1. Funcionamento global dos serviços e equipas

No sentido de apresentarmos uma visão geral do funcionamento das EID, passamos a descrever o modo como se efectivou a sua estruturação, assim como a organização dos apoios prestados às famílias, com crianças dos zero aos seis anos de idade, com atraso no desenvolvimento ou em situação de risco, com base nos dados obtidos através da *Ficha de Caracterização Geral dos Serviços/Equipas de Intervenção Precoce* (ver Anexo I).

#### ▪ **Organização dos Serviços**

As quatro instituições de suporte responsáveis pela dinamização dos serviços de Intervenção Precoce prestados pelas EID no Distrito de Portalegre, possuem Acordos de Cooperação Atípicos celebrados ao abrigo do Despacho Conjunto 891/99 e têm parcerias formais estabelecidas com parte significativa dos recursos da comunidade onde estão inseridas, a nível da saúde (Centros de Saúde, Hospitais), da educação (Creches, Jardins de Infância, Equipas de

Coordenação dos Apoios Educativos) e da segurança social (Serviços Locais de Acção Social). Verificámos que algumas equipas têm também parcerias formais com as Autarquias ou Juntas de Freguesia, assim como parcerias não formais firmadas com outras entidades, principalmente com organizações não governamentais locais (Associações, Centro Paroquial, Santa Casa da Misericórdia, Cruz Vermelha, ...) e com as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens.

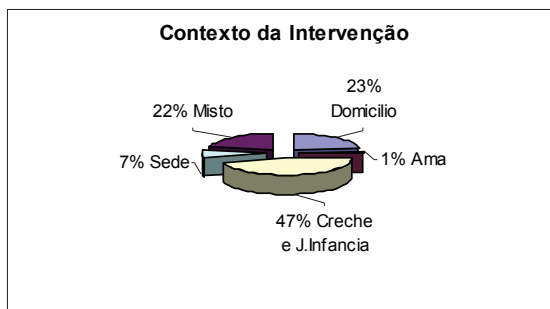
Constatámos que, de um modo geral, todas as EID realizam reuniões de equipa semanalmente e no, que se refere à articulação com os serviços a nível concelhio ocorre, em média, uma reunião bimensal. A Equipa de Coordenação Distrital realiza reuniões regulares (calendarizadas mensalmente e de modo rotativo nas várias sedes das equipas) com as coordenações das Equipas de Intervenção Directa, nas quais são delineados procedimentos comuns de intervenção a nível distrital.

A capacidade de atendimento das equipas varia entre os 20 e os 100 casos, sendo de referir que a maioria das EID acompanha um número médio de 30 famílias, com crianças com condição estabelecida ou em risco de atraso grave no desenvolvimento, havendo apenas três equipas com um número bastante superior (entre 80 a 100 casos), as quais têm como área de abrangência os concelhos mais populosos do distrito. Apenas em quatro das equipas são referidos casos sinalizados mas ainda sem atendimento, a aguardar avaliação ou início da intervenção, num total de 28 famílias.

#### ▪ Contextos de Intervenção

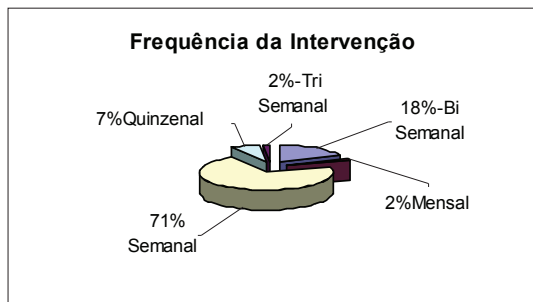
No que diz respeito aos locais em que é realizada a intervenção por parte dos profissionais das equipas (ver Figura 17), verifica-se que predomina o apoio em contexto educativo (creche ou jardim de infância), seguindo-se o apoio domiciliário, bem como situações mistas em que o local da intervenção se vai alternando (domicilio e creche/jardim de infância), havendo ainda alguns casos apoiados na sede da EID e em amas.

**Figura 17 – Distribuição dos casos em função do contexto de intervenção**



Relativamente à periodicidade em que é efectuada a intervenção (ver Figura 18), verifica-se que a grande maioria dos casos tem apoio uma vez por semana, havendo algumas crianças com apoio bissemanal e, em percentagem residual, algumas situações com apoio quinzenal, trissemanal ou mensal, sendo a decisão da frequência dos apoios tomada em função das necessidades das famílias.

**Figura 18 – Distribuição dos casos em função da periodicidade da intervenção**



#### ▪ **Avaliação do Serviço**

As equipas referem, de um modo geral, não existirem procedimentos formais e regulares de avaliação externa do serviço. No entanto, são referidas por algumas equipas avaliações regulares a nível interno (quatro) e pontualmente a nível externo (duas), sendo a entidade avaliadora uma instituição do ensino superior.

No que diz respeito à avaliação efectuada pelas famílias, as EID não utilizam nenhum instrumento formalizado, referindo que a análise da sua satisfação, bem como da eficácia do programa, é realizada nas reuniões de discussão de caso com a participação da família.

Relativamente à avaliação efectuada pelos profissionais, são referidas as reuniões mensais, nas quais se aborda a qualidade da resposta dada pelos profissionais aos pais, com base em trocas de impressões informais, e no final do ano é efectuada a avaliação global do desempenho da equipa, no âmbito da elaboração do relatório anual, sendo os dados registados com base no teor do *Modelo de Relatório Anual de Avaliação da Equipa Regional do Alentejo*.

#### ▪ **Caracterização da Supervisão**

No que concerne à supervisão do serviço, quatro equipas consideram que a mesma é realizada pela equipa de coordenação distrital, com uma periodicidade mensal, sendo dirigida sobretudo à regulação do funcionamento da equipa e à discussão de casos. As restantes equipas referem não ter qualquer tipo de supervisão.

Relativamente à existência de um programa de formação em serviço, 50% das equipas referem que ele existe, variando a entidade responsável pela formação (Ministério da Educação, Ministério da Saúde, Instituições do Ensino Superior ou outro Serviço de Intervenção Precoce).

#### 2.1.2. Avaliação de padrões de qualidade percebida

No sentido de apresentarmos uma visão completa dos resultados, no que diz respeito à qualidade percebida pelos profissionais sobre as suas práticas em intervenção precoce, passamos a descrever os dados obtidos com base no *Formulário de Autoavaliação do Guia de Padrões de Qualidade em Intervenção Precoce* (ver Anexo II).

Assim, iremos apresentar em primeiro lugar, as análises relativas à estatística descritiva no que diz respeito dos dados obtidos pelas Equipas de Intervenção Directa do distrito de Portalegre, que são o alvo principal do nosso estudo, e em seguida, apresentaremos as análises referentes à estatística inferencial considerando a totalidade dos resultados (participantes das equipas do distrito de Portalegre e dos serviços da região de Lisboa).

### ▪ **Qualidade percebida pelos profissionais das EID Portalegre**

Os dados aqui apresentados baseiam-se na análise de frequências das respostas dadas por 42 profissionais de todas as EID do distrito de Portalegre no exercício de autoavaliação da qualidade das suas práticas, de acordo com a classificação que atribuíram a cada um dos indicadores de qualidade. As frequências foram calculadas com base na escala do *Guia de Padrões de Qualidade em IP* (ver em Anexo II – Instruções de Aplicação) a qual varia entre 1 (*a actividade não se realiza actualmente*) e 5 (*estabelece-se um procedimento de actuação e os resultados são avaliados com a participação da equipa*), sendo cada valor da escala designado como grau de desenvolvimento (GD) da actividade prática a avaliar.

Começaremos por relatar a primeira análise da distribuição dos resultados relativa às variáveis compósitas, referentes aos *padrões de qualidade*, seguindo-se os dados relativos aos respectivos *indicadores*. Apenas serão detalhados os indicadores com valores nos dois extremos da escala, cujos resultados correspondem, de acordo com os resultados da autoavaliação, a práticas planificadas, sistematicamente realizadas e avaliadas, ou a práticas ainda não realizadas, pela maioria dos profissionais.

Assim, e em função dos cinco *níveis de actuação* considerados na escala de autoavaliação, que correspondem aos principais domínios em que ocorrem os processos de intervenção precoce, obtivemos os seguintes resultados:

#### - Nível 1. Comunidade

Neste nível de actuação, verifica-se que os *padrões de qualidade* em que a autoavaliação dos profissionais revela práticas mais consistentes (ver Figura 19) são os que dizem respeito: à formulação do *pedido de intervenção precoce* (Padrão 1.6); à prestação de *serviços descentralizados* (Padrão 1.8); aos procedimentos de diagnóstico, *informação e apoio* aos pais (Padrão 1.4); e, à existência de regras de *protecção de dados* relativas às informações das famílias (Padrão 1.7); sendo que a autoavaliação vai no sentido de estas

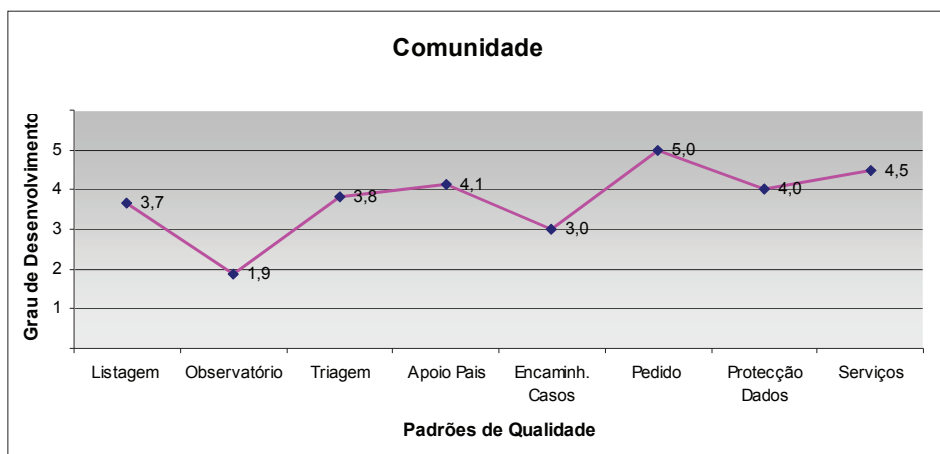
actividades serem já planificadas e realizadas de modo sistemático. Relativamente a estes padrões, na descrição da sua prática, há a referência à importância do consentimento da família na sinalização do caso e a necessidade de se clarificarem os critérios de elegibilidade na formulação do pedido; também é feita alusão à sua preocupação relativamente à confidencialidade e ao facto de serem confrontados com a exigência de enviar relatórios para outros serviços.

Constata-se, no que diz respeito aos *procedimentos de triagem* e sinalização (Padrão 1.3), à existência de uma *listagem* de referência (Padrão 1.1) e ao *encaminhamento eficaz* dos casos para as equipas de intervenção precoce (Padrão 1.5), que os procedimentos nem sempre são planificados e realizados pelos serviços. No que respeita a estes padrões, na descrição da sua prática, os profissionais referem que: (a) os procedimentos de triagem são efectuados através das equipas multidisciplinares concelhias, mas que não existem serviços organizados; (b) a “ficha de sinalização”, que é divulgada pelos serviços locais, funciona como o instrumento que permite a referência dos casos; (c) apesar de existir já uma boa articulação entre os serviços e as EID, os interlocutores principais têm sido os estabelecimentos de ensino, não estando os serviços de saúde ainda suficientemente receptivos a esta forma de intervenção.

O padrão em que as práticas não estão implementadas refere-se à existência na área geográfica do serviço de intervenção precoce de um *observatório para a infância* (Padrão 1.2). Na descrição da sua prática, os profissionais referem as reuniões trimestrais realizadas com representantes dos diversos serviços da comunidade e os dados registados pela EID, que são partilhados com segurança social, saúde e educação, como acções a nível local enquadradas nos indicadores de qualidade relativos a este padrão.

O enquadramento legal da intervenção precoce na infância não prevê, em Portugal, a constituição de observatórios para a infância pelo que estes não existem a nível nacional.

**Figura 19 – Frequência das cotações com base nos graus de desenvolvimento da actividade nos padrões de qualidade para o nível Comunidade**



Neste domínio de actuação, os *indicadores de qualidade* em que a autoavaliação dos profissionais os pontua de modo sistemático com a cotação mais elevada da escala são (ver Quadro 11):

a) O procedimento para realizar o pedido de intervenção precoce inclui um formulário que regista os dados da criança, dados de quem efectua o pedido, e o consentimento, devidamente informado, da família (Indicador 1.6a);

b) O formulário para realizar o pedido de intervenção precoce inclui os critérios de elegibilidade identificados e que fundamentam o motivo do pedido (Indicador 1.6b);

c) As actividades de intervenção precoce cumprem o princípio da confidencialidade (Indicador 1.7a);

d) Os registos são mantidos em processos individuais de acesso restrito (Indicador 1.7b);

e) Existem equipas em cada concelho, os serviços podem abranger vários concelhos ou serem definidos por referência a freguesias (Indicador 1.8a).

Relativamente aos indicadores pontuados no extremo inferior da escala, apenas num deles os profissionais são quase unânimes em considerar que a actividade não se realiza, e diz respeito ao Indicador 1.2c), que se refere à elaboração um plano de acção comunitário para desenvolver a Intervenção Precoce que é revisto anualmente. Constatamos, em relação aos restantes

indicadores, que apesar de se notarem algumas tendências nos resultados, mais positivas ou não, há variabilidade na autoavaliação dos profissionais.

**Quadro 11 – Frequência das cotações com base nos graus de desenvolvimento da actividade nos indicadores de qualidade para o nível Comunidade**

GD	Listagem			Observatório				Triagem					Apoio Pais				Enc	Pedido		Protecção Dados				Serviços	
	1.1a	1.1b	1.1c	1.2a	1.2b	1.2c	1.2d	1.3a	1.3b	1.3c	1.3d	1.3e	1.4 <sup>a</sup>	1.4b	1.4c	1.4d	1.5a	1.6a	1.6b	1.7a	1.7b	1.7c	1.7d	1.8a	1.8b
1	2	10	6	21	14	23	20	6	5	5	4	5	5	0	2	0	0	0	2	0	0	19	1	0	2
2	0	0	0	0	4	3	4	2	4	2	3	6	4	4	3	4	3	0	0	0	0	3	3	1	1
3	10	3	13	7	9	1	7	6	5	7	7	11	8	2	1	2	17	2	6	1	0	7	9	3	7
4	18	10	7	5	8	3	2	19	21	16	16	11	11	15	14	13	11	6	8	11	6	5	9	5	20
5	7	6	11	2	5	1	0	7	5	10	10	7	11	19	20	21	9	32	24	28	34	6	18	31	8

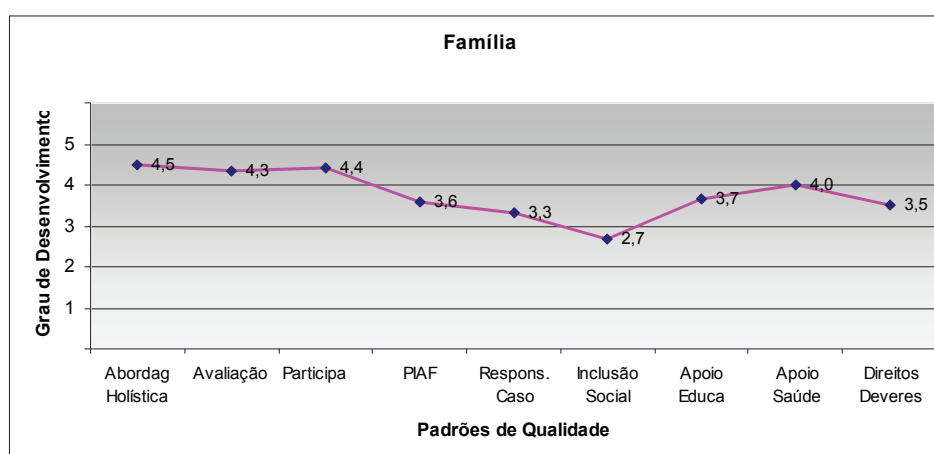
#### - Nível 2. Família

Os resultados obtidos neste nível de actuação revelam que os *padrões de qualidade* em que os profissionais consideram implementar práticas de maior qualidade (ver Figura 20), sendo planificadas e realizadas sistematicamente, são os relativos a uma *abordagem multidimensional e holística* das necessidades da criança e família e dos seus contextos de vida (Padrão 2.1), à implementação de procedimentos de avaliação *interdisciplinar* contínua (Padrão 2.2) e à promoção da participação e do *envolvimento familiar* (Padrão 2.3). Contudo, na descrição da sua prática, alguns profissionais referem que apesar do processo de avaliação ser bastante completo, nomeadamente a nível da criança e da família, ainda existem lacunas em relação ao meio; consideram também que embora procurem implementar uma abordagem transdisciplinar, a família ainda é bastante esquecida, sobretudo na intervenção dos terapeutas.

No que se refere à colaboração com os *serviços de saúde* (Padrão 2.8), à cooperação com os *serviços de educação* (Padrão 2.7), à elaboração de um *plano individualizado de apoio à família* (Padrão 2.4), à clarificação dos *direitos e deveres* do cliente (Padrão 2.9), bem como à nomeação de um membro da equipa como *responsável de caso* (Padrão 2.5), os procedimentos ainda não estarão consolidados nas equipas, pois a autoavaliação indica que as actividades são parcialmente planificadas e realizadas. O padrão relativo aos aspectos de *inclusão social* que visam o fortalecimento dos relacionamentos da

família (Padrão 2.6) é aquele que obtém as classificações mais baixas, revelando que esta prática não se realiza como rotina programada, ocorrendo esporadicamente. Relativamente a estes padrões, na descrição da sua prática, os profissionais referem que: (a) embora nem sempre utilizem o PIAF, são efectuados registos nos processos relativos aos aspectos de saúde e educação; (b) no caso de as crianças estarem integradas no jardim de infância o instrumento usado é o PEI; (c) o PIAF existe, mas muitas vezes os procedimentos são registados nouro tipo de formulários, não sendo este instrumento operacionalizado de modo sistemático; (d) em relação aos direitos e deveres, há um regulamento interno elaborado pela equipa de coordenação distrital e revisto pelas EID, que se encontra em fase de reformulação; (e) são escolhidos dois profissionais para efectuarem o primeiro contacto com a família, consoante a problemática referida na sinalização, e posteriormente em reunião de equipa é seleccionado o responsável de caso, que por falta de recursos, por vezes, acompanha mais famílias do que o previsto; (f) as suas actuações preconizam a inclusão social da família, mas que há falhas no seu registo no PIAF, e que começa a ser planeada a criação de grupos de pais, não sendo um prática corrente.

**Figura 20 – Frequência das cotações com base nos graus de desenvolvimento da actividade nos padrões de qualidade para o nível Família**



Os resultados obtidos neste nível de actuação, revelam que os *indicadores* em que os profissionais consideram implementar práticas de maior

a) A avaliação inicia-se com uma entrevista de acolhimento e apresentação do serviço (Indicador 2.3a);

b) As reuniões são flexíveis de modo a facilitar a participação dos pais ou principais prestadores de cuidados (Indicador 2.3b);

c) Aceitam-se as decisões da família sempre que não prejudiquem gravemente os interesses da criança (Indicador 2.3f);

d) As propostas do PIAF são sempre orientadas para a normalização da vida familiar (Indicador 2.3g);

e) O processo de transição para a escola é planeado em coordenação com os recursos educativos (Indicador 2.7c).

A autoavaliação dos restantes indicadores de qualidade indica práticas mais heterogéneas nas equipas. O indicador de qualidade a que os profissionais atribuem, de um modo geral, a classificação mais baixa preconiza que o PIAF seja elaborado para facilitar os encontros entre pais, podendo implementar-se a sua participação em grupos de auto-ajuda (Indicador: 2.6 c).

**Quadro 12 – Frequência das cotações com base nos graus de desenvolvimento da actividade nos indicadores de qualidade para o nível Família**

GD	Abord. Holística			Avaliação			Participação e Normalização						Plano Individualizado de Apoio à Família							
	2.1a	2.1b	2.1c	2.2a	2.2b	2.2c	2.3a	2.3b	2.3c	2.3d	2.3e	2.3f	2.3g	2.4a	2.4b	2.4c	2.4d	2.4e	2.4f	2.4g
1	0	0	0	2	2	1	1	0	0	0	0	2	1	2	1	1	2	1	3	10
2	1	2	1	3	5	2	0	3	1	0	0	0	0	3	4	2	1	2	1	9
3	2	2	5	7	3	9	2	1	8	2	6	3	5	11	15	10	9	13	6	11
4	15	15	17	10	8	9	12	8	14	13	13	12	15	14	10	15	15	15	4	7
5	22	21	17	18	20	17	24	28	17	25	21	23	19	9	9	10	11	8	23	2

GD	Resp. Caso			Inclusão Social					A. Educativos			Apoio à Saúde				Direitos e Deveres				
	2.5a	2.5b	2.5c	2.6a	2.6b	2.6c	2.6d	2.6e	2.6f	2.7a	2.7b	2.7c	2.8a	2.8b	2.8c	2.8d	2.9a	2.9b	2.9c	2.9d
1	7	0	15	7	6	13	3	6	1	2	4	1	2	1	1	5	0	1	6	13
2	3	1	7	7	13	12	8	10	3	4	5	0	3	1	1	2	1	7	2	8
3	8	6	1	10	12	7	8	13	4	11	10	1	5	12	13	13	5	8	8	9
4	16	12	5	7	4	2	13	5	19	17	9	14	16	12	10	13	19	19	12	7
5	5	20	11	7	3	3	6	4	11	5	10	23	12	12	13	5	15	4	10	2

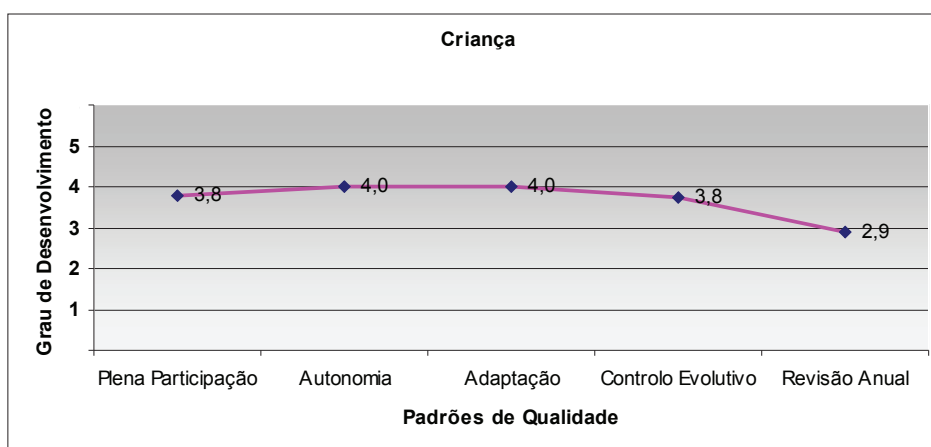
### - Nível 3. Criança

Relativamente a este domínio de actuação os profissionais consideram, de forma geral, implementar procedimentos de modo planificado e realizado

sistematicamente, embora nem sempre avaliado (ver Figura 21), aos seguintes *padrões de qualidade*: providenciar oportunidades para que as crianças com perturbações de desenvolvimento ou em situações de risco tenham uma *plena participação* na vida social (Padrão 3.1); proporcionar apoios e actividades que fortaleçam a sua *autonomia* (Padrão 3.2); implementar *adaptações apropriadas* nos contextos naturais, de modo a satisfazer as necessidades especiais das crianças (Padrão 3.3); e, realizar o *controlo evolutivo* regularmente, com particular atenção aos resultados do PIAF, ao progresso do desenvolvimento da criança e à situação de inclusão social (Padrão 3.4). No que respeita a estes padrões de qualidade, na descrição da sua prática, os profissionais referem que todas as tarefas descritas estão presentes na sua actividade, mas na maioria dos casos não ficam registadas no PIAF.

No que diz respeito à *revisão anual* dos casos efectuada em equipa (Padrão 3.5), constata-se que a actividade é apenas parcialmente planificada e realizada. Na descrição da sua prática actual, os profissionais referem que realizam reuniões para revisão de casos mensalmente e que trimestralmente são realizadas reuniões com diversos parceiros e representantes dos serviços para analisar o acompanhamento realizado.

**Figura 21 – Frequência das cotações com base nos graus de desenvolvimento da actividade nos padrões de qualidade para o nível Criança**



Relativamente aos *indicadores de qualidade* avaliados neste domínio de actuação, os profissionais tendem a não atribuir cotações nos dois extremos da

escala, sendo atribuída a classificação 4 a quase todos eles, por um número significativo de profissionais (ver Quadro 13).

Assim, apenas o Indicador 3.2d), que se refere à gratuidade de todos os apoios necessários, e o Indicador 3.3c), que considera a equipa responsável pela promoção da inclusão da criança nos seus contextos naturais, têm classificação 5, com um número de frequências mais expressivo.

A classificação 1, que indica que essa prática não é realizada, é dada pela maioria dos profissionais ao Indicador 3.5b) que preconiza a realização de uma revisão anual dos casos, com a participação de toda a equipa, da família e com a colaboração de um supervisor externo.

**Quadro 13 – Frequência das cotações com base nos graus de desenvolvimento da actividade nos indicadores de qualidade para o nível Criança**

GD	Plena Participação					Autonomia				Adaptação			Controlo Evolutivo				Revisão Anual				
	3.1a	3.1b	3.1c	3.1d	3.1e	3.2a	3.2b	3.2c	3.2d	3.3a	3.3b	3.3c	3.4a	3.4b	3.4c	3.4d	3.5a	3.5b	3.5c	3.5d	3.5e
1	0	0	4	0	0	1	1	2	3	1	1	0	1	2	0	4	10	22	7	6	13
2	0	1	1	5	2	0	2	2	2	1	3	2	0	4	3	5	5	5	3	4	2
3	4	7	9	8	6	3	5	3	5	4	4	2	6	11	16	10	4	5	7	7	10
4	24	25	18	23	21	19	27	22	12	26	25	18	21	15	15	13	13	3	11	12	8
5	12	7	7	4	8	16	4	10	17	8	7	18	12	8	6	8	7	3	9	4	4

#### - Nível 4. Serviço

Neste nível de actuação, verifica-se que os *padrões de qualidade* em que a autoavaliação dos profissionais revela práticas sistematicamente planificadas e realizadas (ver Figura 22) são os que dizem respeito: ao papel desempenhado pela *coordenação* na concepção de novos projectos, monitorização dos programas correntes e avaliação dos resultados globais (Padrão 4.3); ao incentivo dados aos profissionais para participarem em actividades de *avaliação e investigação* (Padrão 4.5); e, ao espaço do SIP que deverá cumprir os *requisitos de segurança* dos equipamentos para prestação de cuidados a crianças (Padrão 4.7). Relativamente a estes padrões, na descrição da sua prática actual, os profissionais apenas referem, relativamente à coordenação, que está envolvida e incentiva a partilha de informação, e que

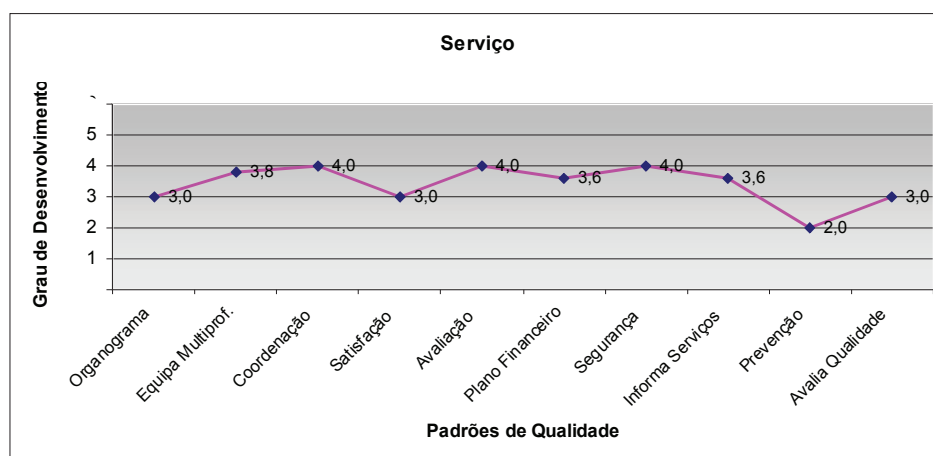
existe um documento que é debatido no início do ano com objectivos e planificação de iniciativas que é discutido em equipa.

No que se refere aos *padrões* relativos, ao trabalho em colaboração da *equipa multiprofissional* para desenvolver programas base comunitária específicos e para cada “caso” (Padrão 4.2); à existência de *contabilidade organizada* que reflecta, com exactidão, os recursos financeiros e distribuição orçamental (Padrão 4.6); e, à equipa facultar *informação escrita* relacionada com os objectivos, população alvo, serviços prestados, local, horários e contactos (Padrão 4.8); os resultados da autoavaliação indicam que as actividades não são sistematicamente programadas e realizadas. Relativamente a estes padrões, na descrição da sua prática, os profissionais referem que: (a) no final do ano lectivo é realizada uma avaliação com os diversos parceiros da comunidade e, no final do ano civil, é elaborado um relatório de avaliação do desempenho da EID apresentado à equipa de coordenação distrital; (b) em relação à gestão financeira, é a coordenação que tem acesso à descrição detalhada e os outros profissionais são informados sobre os dados mais significativos da análise dos relatórios financeiros.

Em relação aos *padrões de qualidade* que preconizam que: a coordenação disponibilize um *organograma* com as unidades funcionais, estratégias de gestão e circuitos de comunicação (Padrão 4.1); os profissionais participem activamente na *avaliação* do serviço (Padrão 4.4); e, que o nível de qualidade do serviço seja adequado, existindo *medidas de avaliação* dos recursos e dos procedimentos utilizados (Padrão 4.10); os dados obtidos indicam que apenas uma parte das actividades é programada por iniciativa da equipa ou de outros recursos. Relativamente a estes padrões, na descrição da sua prática, os profissionais referem que: (a) existe um organograma a nível da equipa distrital e das EID, e estão definidas as regras de funcionamento (que integram o regulamento), e bem como as funções do responsável de caso e de coordenação da equipa; (b) as medidas de avaliação são de ordem qualitativa e que as EID nunca forma avaliadas por qualquer serviço.

O padrão a que é atribuída uma classificação mais baixa pelos profissionais diz respeito à promoção de *programas de base comunitária* para aumentar a prevenção e a detecção precoce de crianças com perturbações do desenvolvimento ou em situações de risco (Padrão 4.9). Na descrição das suas práticas os profissionais referem que a intervenção comunitária não é uma acção estruturada e implementada pelas equipas e que concretizam estas práticas nos apoios individuais às famílias.

**Figura 22 – Frequência das cotações com base nos graus de desenvolvimento da actividade nos padrões de qualidade para o nível Serviço**



Os resultados obtidos nos diferentes *indicadores de qualidade* neste nível de actuação são aqueles em que se verifica maior variabilidade na autoavaliação realizada pelos profissionais, revelando por vezes algum desconhecimento em relação aos procedimentos implementados pelo serviço (ver Quadro 14).

O indicador que colhe a classificação mais elevada e homogénea, mostrando que o funcionamento das actividades são avaliadas com a participação da equipa, se propõem medidas de manutenção, correcção ou melhoria e se estabelece um procedimento de actuação, diz respeito ao Indicador 4.2d), que estabelece que o trabalho de equipa inclui reuniões periódicas onde os membros da equipa partilham informação, analisam registos dos casos e avaliam os resultados dos programas de intervenção.

A nenhum dos indicadores é atribuída a classificação mais baixa, de modo unânime, aquele que a maioria dos profissionais considera como uma prática não realizada diz respeito à certificação de qualidade, efectuada por entidades autorizadas (Indicador 4.10g).

**Quadro 14 – Frequência das cotações com base nos graus de desenvolvimento da actividade nos indicadores de qualidade para o nível Serviço**

GD	Organograma				Equipa Multiprofissional					Coordenação			Satisfação		Avaliação		Plano Financeiro			
	4.1a	4.1b	4.1c	4.1d	4.2a	4.2b	4.2c	4.2d	4.2e	4.3a	4.3b	4.3c	4.4a	4.4b	4.5a	4.5b	4.6a	4.6b	4.6c	4.6d
1	10	10	10	4	6	0	1	3	7	0	0	0	2	3	0	2	15	4	3	2
2	1	4	6	4	7	2	3	1	3	2	1	3	4	7	2	6	7	8	3	2
3	8	13	12	21	13	9	11	2	14	8	6	3	17	18	6	4	5	5	4	6
4	13	6	6	6	8	14	16	11	7	14	15	13	8	7	19	21	4	9	6	5
5	6	5	4	2	6	14	8	23	8	16	18	21	9	5	12	5	4	9	20	21

GD	Segurança		Informação Serviços				Prevenção			Medidas Avaliação Qualidade						
	4.7a	4.7b	4.8a	4.8b	4.8c	4.8d	4.9a	4.9b	4.9c	4.10a	4.10b	4.10c	4.10d	4.10e	4.10f	4.10g
1	1	4	4	12	0	0	16	16	16	8	8	8	4	12	10	18
2	1	0	2	10	3	2	8	4	5	7	6	5	1	4	9	4
3	13	6	10	9	11	6	6	10	8	7	8	11	13	9	7	5
4	10	14	13	5	12	15	7	5	5	12	12	9	10	10	10	9
5	13	11	9	2	12	15	2	4	5	3	3	4	9	2	1	0

- Nível 5. Programa de Intervenção Precoce

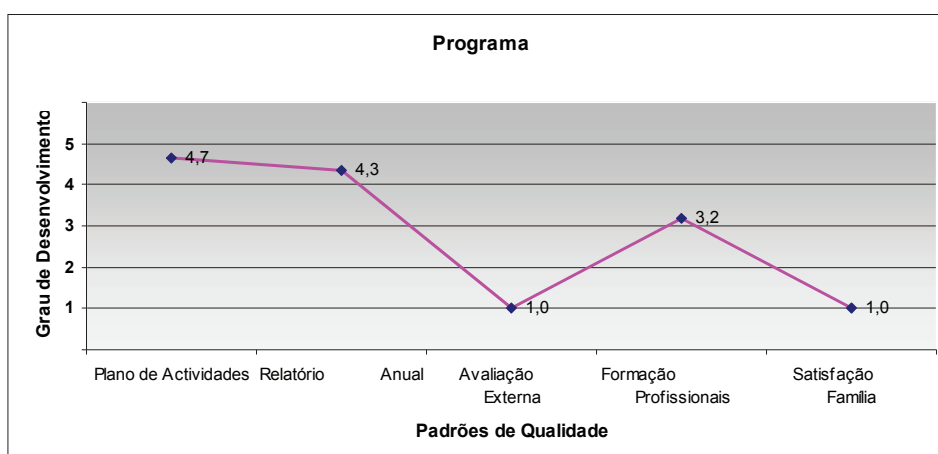
Neste nível de actuação, a autoavaliação dos profissionais é bastante positiva nos *padrões de qualidade* relativos à elaboração de um *plano de actividades* anual actualizado e revisto pela coordenação (Padrão 5.1) e à realização de um *relatório de actividades anual* com afirmações claras relacionadas com o plano de actividades (Padrão 5.2) (ver Figura 23).

No que diz respeito ao padrão relativo à *formação contínua* dos profissionais (Padrão 5.4), constata-se que esta actividade é autoavaliada como sendo parcialmente planificada e realizada por iniciativa da equipa. Na descrição das práticas os profissionais referem que esta questão é complicada, sobretudo para aqueles que estão em regime de prestação de serviços.

Os padrões que preconizam a existência de meios financeiros necessários, disponibilizados por autoridades legalmente reconhecidas, para realizar uma *avaliação externa* do programa de intervenção precoce (Padrão

5.3); e, o registo periódico do grau de *satisfação da família* (Padrão 5.5), foram classificados pelos profissionais no extremo inferior da escala, indicando que estas actividades não eram realizadas nas equipas de intervenção directas. No que respeita a estes padrões de qualidade, na descrição das práticas, os profissionais referem que: (a) não existe avaliação externa, nem cabimento orçamental para a sua realização, mas que é uma necessidade muito sentida pelas equipas; (b) não realizam formalmente a avaliação do grau de satisfação das famílias e que existe um instrumento simples (grelha) onde os pais podem dar a sua opinião sobre o apoio prestado e expectativas futuras.

**Figura 23 – Frequência das cotações com base nos graus de desenvolvimento da actividade nos padrões de qualidade para o nível Programa**



Neste domínio de actuação, os *indicadores de qualidade* em que a autoavaliação dos profissionais os pontua, de modo sistemático, com a cotação mais elevada da escala (ver Quadro 15) são:

- a) O plano de actividades reúne informação geral sobre os recursos humanos e materiais, população a atender, organograma, horário e calendarização das actividades (Indicador 5.1a);
- b) O plano de actividades especifica objectivos e métodos 5.1b);
- c) O plano de actividades é elaborado com a participação dos profissionais (Indicador 5.1c).

Constata-se que os profissionais avaliam as suas práticas, também de modo sistemático, com a cotação mais baixa da escala nos seguintes indicadores:

a) A avaliação externa do programa é realizada por serviços certificados (Indicador 5.3a);

b) A avaliação externa abrange todos os níveis do programa, comunidade, família, criança e serviço (Indicador 5.3b);

c) A avaliação externa é realizada, no máximo, de três em três anos (Indicador 5.3c);

d) Os questionários realizados, para avaliação do grau de satisfação da família, são anónimos (Indicador 5.5a);

e) Os questionários são escritos numa linguagem que as famílias conseguem facilmente perceber (Indicador 5.5b);

f) Os tópicos avaliados incluem, envolvimento e parceria, qualidade de vida, eficácia da intervenção, coordenação do trabalho de equipa e serviços, grupos de auto-ajuda, formação contínua de pais (Indicador 5.5c).

**Quadro 15 – Frequência das cotações com base nos graus de desenvolvimento da actividade nos indicadores de qualidade para o nível Programa**

GD	Plano de Actividades			Relatório Anual			Avaliação Externa			Formação Profissionais					Satisfação Família		
	5.1a	5.1b	5.1c	5.2a	5.2b	5.2c	5.3a	5.3b	5.3c	5.4a	5.4b	5.4c	5.4d	5.4e	5.5a	5.5b	5.5c
1	2	2	2	2	4	6	26	26	28	3	5	0	21	3	29	25	30
2	1	1	2	1	2	2	3	3	1	7	4	4	4	6	3	4	1
3	1	0	0	7	4	3	4	4	5	5	10	6	2	8	3	3	3
4	12	10	12	10	10	8	1	2	1	12	13	18	6	9	0	3	2
5	24	27	24	19	19	20	3	2	2	12	7	11	2	13	1	2	0

Analisando globalmente os dados obtidos na autoavaliação efectuada pelos profissionais, verifica-se que muitas das práticas implementadas cumprem os indicadores de qualidade preconizados para a intervenção precoce, sobretudo no que diz respeito aos níveis de actuação da “comunidade” e da “criança”, havendo algumas práticas não consolidadas ao nível da “família”, bem como procedimentos ainda não estabelecidos no domínio do “serviço” e também do “programa de intervenção precoce”.

### ▪ Autoavaliação da qualidade pelos profissionais das EID e SIP

Os resultados aqui divulgados baseiam-se na análise das respostas dadas por 77 profissionais (42 das EID do distrito de Portalegre e 35 dos SIP da zona metropolitana de Lisboa) relativas à qualidade percebida sobre as suas práticas, com base no *Formulário de Autoavaliação do Guia de Padrões de Qualidade em Intervenção Precoce* (ver Anexo II).

Passamos em seguida a apresentar os resultados relativos à autoavaliação dos profissionais no que diz respeito à qualidade das suas práticas, relativamente às duas **regiões do país**, nas quais a criação das equipas/ serviços de intervenção precoce foi estabelecida de modo diferente.

Assim, relativamente aos níveis de actuação em intervenção precoce (ver Quadro 16), constatámos que os profissionais das duas regiões diferem significativamente na autoavaliação das suas práticas, nos níveis relativos à *Comunidade*, à *Criança* e ao *Programa*, sendo a magnitude do efeito fraca nas diferenças relativas ao nível da *Comunidade* e da *Criança* e moderada ao nível do *Programa*. Estes dados indicam que os profissionais do distrito de Portalegre consideram que a sua actuação tem padrões de qualidade mais elevados a nível da *Comunidade* e mais baixos a nível da *Criança* e do *Programa* quando comparados com os profissionais da zona metropolitana de Lisboa. Nos restantes níveis de actuação, *Família* e *Serviço*, não se verificaram diferenças significativas nos resultados em função da região.

**Quadro 16 – Diferenças na autoavaliação dos profissionais relativamente aos níveis de actuação em função da região do país**

Níveis	Portalegre (n=42)		Lisboa (n=35)		U	r
	M	Mdn	M	Mdn		
Comunidade	3,51	3,68	3,25	3,24	549 *	.22
Família	3,64	3,77	3,69	3,81	732	.00
Criança	3,55	3,57	3,95	3,95	506 **	.27
Serviço	3,19	3,26	3,48	3,51	563	.20
Programa	2,94	2,94	3,65	3,70	346 ***	.45

\* p < .05 \*\* p < .01 \*\*\* p < .001

As diferenças no nível *Comunidade* devem-se a cotações mais elevadas atribuídas pelos profissionais de Portalegre aos seguintes *padrões de qualidade* (ver Quadro 17), para os quais as diferenças são estatisticamente significativas:

a) Na área geográfica do serviço de intervenção precoce (SIP) está constituído um *observatório para a infância*, sob enquadramento apropriado.

b) Todas as famílias envolvidas em procedimentos de diagnóstico recebem de imediato *informação e apoio*.

c) A experiência e sensibilidade dos profissionais asseguram *encaminhamento eficaz* das crianças elegíveis para os serviços de intervenção precoce.

A magnitude do efeito é moderada relativamente ao padrão de qualidade *encaminhamento eficaz* e ao padrão *informação e apoio*, no qual se verificaram diferenças estaticamente significativas em todos os indicadores que o compõem. Apesar da magnitude do efeito ser fraca em relação ao padrão de qualidade *observatório para a infância*, verificaram-se diferenças estaticamente significativas em três dos quatro indicadores de qualidade incluídos neste padrão, nomeadamente: “Participação de todos os recursos da comunidade”; “Registo de dados relativos a acção social, saúde e educação de todas as crianças apoiadas”; e, “A saúde, educação e bem-estar social são monitorizados”.

Embora não se verifiquem diferenças entre as duas regiões para os restantes *padrões de qualidade*, verificámos que existem diferenças estatisticamente significativas em alguns dos *indicadores* que os compõem. Assim, no padrão relativo à “Elaboração de uma *listagem de perturbações do desenvolvimento* ou situações de risco que devem ser referenciadas aos serviços de intervenção precoce” constataram-se diferenças significativas em dois dos três indicadores de qualidade nele incluídos, os quais dizem respeito ao “Encaminhamento das famílias para os SIP com base nos critérios de elegibilidade” e “A listagem constituir um instrumento de orientação”, atribuindo os profissionais da zona de Lisboa as classificações mais elevadas. No padrão

respeitante à “Existência de um procedimento comum para formular o *pedido de intervenção precoce*” constatou-se uma diferença significativa em um dos dois indicadores de qualidade referenciados, “O formulário inclui critérios de elegibilidade que fundamentam o pedido”, sendo os profissionais do distrito de Portalegre a atribuir as pontuações mais elevadas. No padrão “Todas as informações relativas a cada família e cada criança estão sujeitas a um *regulamento de protecção de dados*”, verifica-se também uma diferença estatisticamente significativa em um dos indicadores “Existe um registo do acesso aos dados dos processos individuais”, sendo os profissionais do distrito de Portalegre a cotejar com pontuações mais elevadas. No padrão “A intervenção precoce é prestada através de *serviços descentralizados*”, verifica-se uma diferença estatisticamente significativa no indicador “Existem equipas em cada conselho”, sendo também neste caso os profissionais de Portalegre a cotarem de modo mais elevado.

**Quadro 17 – Diferenças na autoavaliação dos profissionais relativamente aos padrões de qualidade do nível Comunidade em função da região do país**

<b>Padrões Comunidade</b>	<b>Portalegre (n=42)</b>		<b>Lisboa (n=35)</b>		<b>U</b>	<b>r</b>
	<b>M</b>	<b>Mdn</b>	<b>M</b>	<b>Mdn</b>		
Listagem	3,38	3,66	3,75	4,50	513	.20
Observatório	2,22	1,87	1,58	1,00	388 **	.28
Triagem	3,40	3,80	3,11	3,00	665	.08
Informação Apoio	3,92	4,12	3,16	3,12	385 ***	.40
Encaminhamento	3,54	3,75	2,88	3,00	456 **	.32
Pedido I. Precoce	4,40	5,00	4,18	4,50	580	.19
Protecção Dados	3,88	4,00	3,60	3,75	555	.21
Serviços	4,15	4,50	3,98	4,00	614	.15

\* p < .05 \*\* p < .01 \*\*\* p < .001

Embora não se tenham verificado diferenças estatisticamente significativas na análise da média global dos resultados referentes ao nível *Família*, as autoavaliações dos participantes das duas regiões diferem de modo estatisticamente significativo (ver Quadro 18) nos seguintes *padrões de qualidade* deste nível:

- a) Os serviços de intervenção precoce proporcionam uma *avaliação interdisciplinar* contínua;
- b) Os aspectos da *inclusão social* no plano individualizado de apoio à família visam o fortalecimento das relações internas e externas da família;
- c) Os *direitos e deveres* do cliente estão claramente especificados.

Os resultados indicam que os profissionais do distrito de Portalegre obtêm valores médios mais elevados nos padrões *avaliação interdisciplinar* contínua e *direitos e deveres* especificados, sendo a magnitude do efeito fraca; os profissionais da zona metropolitana de Lisboa atribuem cotações mais elevadas ao padrão *inclusão social* da família, sendo a magnitude do efeito moderada.

**Quadro 18 – Diferenças na autoavaliação dos profissionais relativamente aos padrões de qualidade do nível Família em função da região do país**

<b>Padrões Família</b>	<i>Portalegre (n=42)</i>		<i>Lisboa (n=35)</i>		<i>U</i>	<i>r</i>
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>		
Abordagem Holística	4,27	4,50	4,09	4,00	592	.17
Avaliação Interdisciplinar	3,96	4,33	3,70	4,00	530 *	.24
Envolvimento Familiar	4,33	4,42	4,46	4,57	624	.13
Participação PIAF	3,49	3,57	3,31	3,28	586	.16
Responsável Caso	3,37	3,33	3,82	4,00	489	.26
Inclusão Social PIAF	2,88	2,66	3,38	3,25	422 **	.33
A. Educativos PIAF	3,71	3,66	3,74	3,66	690	.03
Apoio Saúde PIAF	3,61	4,00	3,68	3,75	696	.00
Direitos Deveres	3,29	3,50	3,00	3,00	551 *	.22

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre as duas regiões no que diz respeito à análise das médias dos restantes *padrões de qualidade* incluídos neste *nível*. Apenas se constataram diferenças significativas num dos *indicadores*, “As necessidades das famílias são expressas nas suas próprias palavras”, incluído no *padrão* “A intervenção precoce promove a participação e o *envolvimento familiar*”, no qual os profissionais do distrito de Lisboa atribuem valores mais elevados; e, em dois indicadores do padrão “O *plano individualizado de apoio à família* (PIAF) é

elaborado com a participação da família em reunião de aconselhamento”, sendo eles: “Na reunião participam os pais, responsável de caso e, pelo menos, outro membro da equipa” e “O PIAF engloba procedimentos para promoção da inclusão social”, e relativamente a estes indicadores são os profissionais da região de Portalegre que dão as cotações mais elevadas.

No que diz respeito ao nível *criança*, as diferenças estatisticamente significativas que se verificaram entre as médias obtidas pelos profissionais das duas regiões devem-se a cotações mais elevadas atribuídas pelos profissionais de Lisboa (ver Quadro 19) aos seguintes *padrões de qualidade*:

- a) Todas as crianças com perturbações do desenvolvimento ou em situações de risco têm direito a alcançar uma *plena participação na vida social*;
- b) A *revisão dos casos* é realizada em equipa *anualmente*.

A magnitude do efeito é fraca nas diferenças relativas ao padrão *plena participação social* e moderada no que diz respeito ao padrão *revisão anual dos casos*.

Não se verificam diferenças significativas entre as duas regiões no que diz respeito aos restantes *padrões de qualidade* incluídos neste nível. No entanto, apurámos diferenças estatisticamente significativas em alguns dos *indicadores*. Assim, os profissionais da zona metropolitana de Lisboa atribuem cotações mais elevadas nos três primeiros indicadores que integram o *padrão* “Todas as crianças com perturbações de desenvolvimento ou em situações de risco têm direito a receber ajudas desenvolvimentais apropriadas que fortaleçam a sua *autonomia*”, os quais são: “O PIAF proporciona sessões de estimulação sensorial de aquisição de competências e de terapia”; “O PIAF proporciona ajudas sensoriais, para a mobilidade, língua gestual ou comunicação alternativa, e tecnologias de apoio”; “O PIAF proporciona experiências de aprendizagem”; e, “Todos os apoios são gratuitos, incluindo formação para utilização e manutenção das tecnologias”. Os profissionais do distrito de Portalegre qualificam com valores mais elevados, o indicador “O PIAF providencia informação, formação a apoio psicológico aos pais e outros prestadores de cuidados da criança”, relativo ao *padrão* “São implementadas

*alterações apropriadas no contexto*, de modo a satisfazer as necessidades especiais das crianças”; e, também, ao indicador “A revisão dos casos inclui rever as opiniões dos pais e prestadores de cuidados, examinar resultados do PIAF e reformular objectivos e métodos”, que integra o padrão “a *revisão dos casos*, com particular atenção aos resultados do PIAF, ao progresso do desenvolvimento da criança e à situação de inclusão social é realizada regularmente”.

**Quadro 19 – Diferenças na autoavaliação dos profissionais relativamente aos padrões de qualidade do nível Criança em função da região do país**

<b>Padrões Criança</b>	<i>Portalegre (n=42)</i>		<i>Lisboa (n=35)</i>		<i>U</i>	<i>r</i>
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>		
Plena Participação	3,77	3,80	4,18	4,00	523 *	.25
Autonomia	3,90	4,00	4,15	4,00	592	.15
Alterações Contexto	3,93	4,00	4,06	4,00	680	.07
Revisão Regular	3,55	3,75	3,72	3,75	658	.09
Revisão Anual	2,76	2,90	3,70	3,40	406 **	.36

\* p < .05 \*\* p < .01 \*\*\* p < .001

Embora não se tenham verificado diferenças significativas nas autoavaliações dos profissionais em função das regiões, ao nível *serviço*, existem diferenças estatisticamente significativas (ver Quadro 20) nos seguintes *padrões de qualidade* deste nível:

a) A *equipa multiprofissional* do SIP trabalha em colaboração para desenvolver os programas de intervenção precoce de base comunitária específicos e para cada “caso”;

b) O espaço do SIP cumpre os *requisitos de segurança* dos equipamentos para prestação de cuidados a crianças;

c) O SIP promove *programas de base comunitária* para aumentar a prevenção e a detecção precoce de crianças com perturbações do desenvolvimento ou em situações de risco.

A análise destes dados aponta para valores médios mais elevados atribuídos pelos profissionais da zona metropolitana de Lisboa nestes padrões, sendo a magnitude do efeito moderada no que se refere ao padrão *equipa*

*multiprofissional* do SIP e fraca relativamente aos padrões *requisitos de segurança* dos equipamentos e promoção de *programas de base comunitária*.

**Quadro 20 – Diferenças na autoavaliação dos profissionais relativamente aos padrões de qualidade do nível Serviço em função da região do país**

<b>Padrões Serviço</b>	<i>Portalegre (n=42)</i>		<i>Lisboa (n=35)</i>		<i>U</i>	<i>r</i>
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>		
Organograma	2,79	3,00	2,58	3,00	631	.10
Equipa Multiprofissional	3,54	3,80	4,12	4,20	449 **	.33
Coordenação	4,19	4,00	4,29	4,33	681	.07
Profissionais Avaliação	3,19	3,00	3,37	3,50	650	.10
Avaliação Investigação	3,76	4,00	4,07	4,00	587	.16
Contabilidade	3,34	3,62	3,09	3,00	495	.20
Segurança	3,65	4,00	4,14	4,50	489 *	.25
Informação SIP	3,36	3,62	3,65	3,50	593	.13
Programas Comunitários	2,30	2,00	2,90	3,33	528 *	.23
Medidas Avaliação	2,70	3,00	3,16	3,28	504	.21

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

No que diz respeito às médias dos restantes padrões de qualidade incluídos neste nível não se constataram diferenças significativas.

Contudo, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em três dos *indicadores* referentes ao padrão “O SIP dispõe de *contabilidade organizada* que reflecte, com exactidão, os recursos financeiros e distribuição orçamental”, sendo eles: “Os profissionais e os clientes tem acesso a informação financeira detalhada”, “São feitos cálculos em relação aos custos do programa”, e “São produzidos regularmente relatórios financeiros”; aos quais os profissionais do distrito de Portalegre atribuem valores mais elevados. Também se observaram diferenças estatisticamente significativas em quatro dos *indicadores* pertencentes ao padrão “O nível de qualidade do SIP é adequado e estabelecem-se *medidas de avaliação* dos recursos e dos procedimentos utilizados”, os quais dizem respeito a: “Avaliação da qualidade dos recursos utilizados no serviço”, “Avaliação do funcionamento dos diferentes processos implementados pelo serviço”, “Disponibilização de sistemas de análise que permitam avaliar a qualidade do serviço”; “Obtenção de algum tipo

de certificação da qualidade”; sendo que neste caso são os profissionais da zona de Lisboa que atribuem as cotações mais elevadas.

No que diz respeito ao nível *programa*, as diferenças estatisticamente significativas que se verificaram entre as médias globais obtidas pelos profissionais das duas regiões traduzem cotações mais elevadas atribuídas pelos profissionais de Lisboa (ver Quadro 21) aos seguintes *padrões de qualidade*:

- a) O *plano de actividades* é anualmente revisto pela coordenação;
- b) A coordenação encoraja a *formação contínua* dos profissionais;
- c) O programa contempla o registo do grau de *satisfação da família*.

A magnitude do efeito é fraca na diferença relativa ao padrão *plano de actividades*, moderada no que diz respeito ao padrão *formação contínua* e forte relativamente ao padrão de qualidade *satisfação da família*.

**Quadro 21 – Diferenças na autoavaliação dos profissionais relativamente aos padrões de qualidade do nível Programa em função da região do país**

<b>Padrões Programa</b>	Portalegre (n=42)		Lisboa (n=35)		U	r
	M	Mdn	M	Mdn		
Plano Actividades	4,23	4,66	4,75	5,00	533 *	.27
Relatório Actividades	3,83	4,33	3,97	4,33	635	.10
Avaliação Externa	1,62	1,00	1,96	1,00	547	.17
Formação Contínua	3,21	3,20	3,91	3,80	421 **	.35
Satisfação Família	1,53	1,00	3,44	4,33	247 ***	.56

\* p < .05 \*\* p < .01 \*\*\* p < .001

Não se verificam diferenças significativas entre as duas regiões no que diz respeito às médias dos restantes *padrões de qualidade* incluídos neste nível. Contudo, verificámos diferenças estatisticamente significativas no *indicador* “O relatório inclui dados relacionados com financiamentos, actividades comunitárias, formação e investigação”, referente ao padrão “O *relatório de actividades* anual proporciona afirmações claras relacionadas com o plano de actividades”; e, também no *indicador* “A avaliação externa é

realizada por serviços certificados”, relativo ao padrão “Autoridades legalmente reconhecidas disponibilizam os meios financeiros necessários para realizar uma *avaliação externa* do programa de intervenção precoce”, sendo os profissionais da zona de Lisboa que atribuem as cotações mais elevadas.

Passamos, em seguida, a apresentar os resultados relativos à autoavaliação dos profissionais no que diz respeito à qualidade das suas práticas, em função do **domínio profissional** a que pertencem os elementos que constituem as equipas de intervenção precoce: educação de infância, psicologia, serviço social, terapia da fala, ocupacional ou fisioterapia.

Constatámos que, relativamente às médias obtidas nas variáveis compósitas correspondentes aos cinco níveis de actuação em intervenção precoce (ver Quadro 22), os profissionais das diversas categorias profissionais que integram as diversas equipas ou serviços de intervenção precoce não diferem significativamente na autoavaliação das suas práticas quando comparados entre si.

**Quadro 22 – Diferenças na autoavaliação dos profissionais relativamente aos níveis de actuação em função da categoria profissional**

Níveis	E. Infância (n=24)		Psicologia (n=15)		S. Social (n=11)		Terapia (n=22)		H(3)
	M	Mdn	M	Mdn	M	Mdn	M	Mdn	
Comunidade	3,51	3,60	3,76	3,78	3,19	3,48	3,60	3,87	1,35
Família	3,65	3,78	3,74	3,72	3,41	3,80	3,71	3,77	0,77
Criança	3,63	3,62	3,69	3,63	3,26	3,28	3,57	3,76	4,87
Serviço	3,09	3,13	3,46	3,73	3,26	3,80	3,07	3,29	0,97
Programa	2,91	2,94	3,13	3,08	3,02	3,52	2,76	2,85	1,62

Analisando as médias obtidas no que diz respeito aos *padrões* que compõem o nível *comunidade* (ver Quadro 23), assim como os resultados obtidos nos diversos *indicadores de qualidade* que os integram, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas relativamente a nenhuma das categorias profissionais em estudo.

**Quadro 23 – Diferenças na autoavaliação dos profissionais relativamente aos padrões de qualidade do nível Comunidade em função da categoria profissional**

<b>Padrões Comunidade</b>	<i>E. Infância</i> (n=24)		<i>Psicologia</i> (n=15)		<i>S. Social</i> (n=11)		<i>Terapia</i> (n=22)		<i>H(3)</i>
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	
Listagem	3,20	3,00	3,75	4,00	3,25	3,50	3,53	3,66	0,72
Observatório	2,32	1,62	2,44	2,37	1,66	1,25	2,42	3,00	1,75
Triagem	3,37	3,70	3,62	3,70	3,31	3,80	3,28	3,90	0,49
Informação Apoio	4,13	4,37	4,21	4,37	3,58	3,75	3,70	4,12	0,34
Encaminhamento	3,35	3,00	4,00	4,00	3,11	3,00	3,80	4,00	1,41
Pedido I. Precoce	4,39	4,75	4,68	5,00	4,05	4,50	4,45	5,00	0,48
Protecção Dados	3,82	4,00	3,90	3,87	3,47	3,50	4,25	4,25	2,56
Serviços	4,03	4,25	4,50	4,50	3,72	4,00	4,45	4,50	2,68

Observando os resultados relativos aos *padrões* que integram o nível *família* (ver Quadro 24), não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as categorias profissionais quando comparadas entre si.

**Quadro 24 – Diferenças na autoavaliação dos profissionais relativamente aos padrões de qualidade do nível Família em função da categoria profissional**

<b>Padrões Família</b>	<i>E. Infância</i> (n=24)		<i>Psicologia</i> (n=15)		<i>S. Social</i> (n=11)		<i>Terapia</i> (n=22)		<i>H(3)</i>
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	
Abordagem Holística	4,19	4,00	4,66	4,83	3,96	4,00	4,33	4,66	2,05
Avaliação Interdisciplinar	4,19	4,33	4,33	4,33	3,96	5,00	3,33	3,66	5,97
Envolvimento Familiar	4,38	4,57	4,48	4,71	4,03	3,85	4,41	4,42	3,53
Participação PIAF	3,56	3,46	3,50	3,28	2,95	2,85	3,82	4,14	2,37
Responsável Caso	3,19	3,33	3,41	3,16	3,14	3,00	3,74	3,66	3,76
Inclusão Social PIAF	2,84	2,58	2,66	2,41	2,98	2,66	3,04	3,25	2,83
A. Educativos PIAF	3,69	3,66	4,00	4,00	3,55	3,66	3,55	3,66	2,70
Apoio Saúde PIAF	3,57	3,62	3,93	4,00	3,47	4,00	3,56	3,75	1,23
Direitos Deveres	3,37	3,25	3,21	3,37	3,08	3,50	3,42	3,62	0,92

Contudo, ao analisarmos os dados obtidos nos diferentes *indicadores de qualidade* que os compõem, verificámos diferenças estatisticamente significativas no indicador “Aceitam-se as decisões das famílias sempre que não prejudiquem os interesses da criança”, referente ao padrão “A intervenção precoce promove a participação e o *envolvimento familiar*”, sendo os assistentes sociais que atribuem os valores mais baixos, quando comparados com educadoras e com psicólogas; e, no indicador “O PIAF é elaborado para

facilitar encontros entre pais e implementam-se acções como a participação em grupos de auto-ajuda”, integrado no padrão “Os aspectos da *inclusão social* no PIAF visam o fortalecimento das relações internas e externas da família”, dando os terapeutas as cotações mais elevadas, quando comparados com assistentes sociais e psicólogos, quando efectuados os testes *post-hoc*<sup>21</sup>.

Na análise dos padrões de qualidade incluídos no nível *criança* (ver Quadro 25), verificámos que existem diferenças estatisticamente significativas em função das categorias profissionais, no padrão “Todas as crianças com perturbações de desenvolvimento ou em situações de risco têm direito a receber ajudas desenvolvimentais que fortaleçam a sua *autonomia*”; ao efectuar os testes *post-hoc*, constatamos que são os assistentes sociais que atribuem os valores mais baixos quando comparados com as educadoras.

**Quadro 25 – Diferenças na autoavaliação dos profissionais relativamente aos padrões de qualidade do nível Criança em função da categoria profissional**

<b>Padrões Criança</b>	<i>E. Infância</i> (n=24)		<i>Psicologia</i> (n=15)		<i>S. Social</i> (n=11)		<i>Terapia</i> (n=22)		<i>H</i> (3)
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	
Plena Participação	3,80	3,80	3,85	3,90	3,77	3,80	3,64	4,00	2,86
Autonomia	4,25	4,37	4,06	4,12	3,44	3,75	3,63	4,00	10,96 **
Alterações Contexto	4,09	4,00	4,25	4,16	3,81	4,00	3,56	4,00	2,00
Revisão Regular	3,55	3,75	3,59	3,62	3,25	3,00	3,87	3,87	1,50
Revisão Anual	2,69	2,60	2,95	2,82	2,12	1,60	3,26	3,80	5,62

\* p < .05 \*\* p < .01 \*\*\* p < .001

Não se verificaram diferenças entre as várias categorias profissionais, no que diz respeito à qualidade percebida nos restantes *padrões* incluídos neste nível, sendo que apenas apurámos diferenças estatisticamente significativas em dois dos cinco *indicadores* pertencentes ao padrão “A *revisão dos casos* é realizada em equipa *anualmente*”, sendo eles: “A *revisão anual dos casos* pode ser conduzida por um supervisor externo” e “Os resultados da *revisão anual* são sintetizados e apresentados às famílias em reunião”.

<sup>21</sup> Tendo em consideração que as comparações entre os grupos eram em número de três, o nível de significância foi de p < .0167.

Após realização dos testes *post-hoc*, constatamos, também neste caso, que são os assistentes sociais a concederem as cotações mais baixas quando comparados com os terapeutas.

No estudo dos padrões implicados no nível *serviço* (ver Quadro 26), verificámos que relativamente ao padrão de qualidade “O serviço de intervenção precoce dispõe de *contabilidade organizada* que reflecte, com exactidão, os recursos financeiros e distribuição orçamental”, os terapeutas atribuem valores mais baixos, quando comparados com educadoras, psicólogos e assistentes sociais, quando efectuados os testes *post-hoc*.

**Quadro 26 – Diferenças na autoavaliação dos profissionais relativamente aos padrões de qualidade do nível Serviço em função da categoria profissional**

<b>Padrões Serviço</b>	<i>E. Infância</i> (n=24)		<i>Psicologia</i> (n=15)		<i>S. Social</i> (n=11)		<i>Terapia</i> (n=22)		<i>H(3)</i>
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	
Organograma	2,22	1,75	3,06	3,37	3,19	3,25	3,12	3,25	6,53
Equipa Multiprofissional	3,52	3,70	3,65	4,10	3,48	3,40	3,49	3,70	0,65
Coordenação	4,28	4,33	4,54	5,00	3,88	4,00	4,06	4,00	3,63
Profissionais Avaliação	2,78	3,00	3,68	3,50	3,61	4,00	3,05	3,00	2,33
Avaliação Investigação	3,82	4,00	3,81	4,00	4,05	4,00	3,44	3,50	1,31
Contabilidade	3,50	3,62	3,75	3,75	3,61	4,00	2,61	2,75	14,29 *
Segurança	3,92	4,00	3,85	4,00	3,66	4,00	3,10	3,25	1,14
Informação SIP	3,37	3,62	3,56	3,50	3,27	3,75	3,27	3,75	1,28
Programas Comunitários	2,30	1,83	2,20	2,00	2,03	1,00	2,60	2,33	3,94
Medidas Avaliação	2,40	2,28	3,02	3,57	2,73	3,00	2,90	3,42	1,29

\* p < .05 \*\* p < .01 \*\*\* p < .001

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos restantes *padrões* incluídos neste nível, sendo que apenas se constatou que existia uma diferença significativa no *indicador* “O organograma fornece informação com orientações claramente definidas e descrição de funções” incluído no padrão “A coordenação do programa do SIP tem disponível um *organograma* com as unidades funcionais, estratégias de gestão e circuitos de comunicação”, após realização dos testes *post-hoc*, verificou-se serem as educadoras de infância a atribuir as classificações mais baixas quando comparadas com psicólogos e terapeutas.

Ao examinarmos as médias obtidas nos *padrões de qualidade* relativos ao nível *programa* (ver Quadro 27), não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre as diversas categorias profissionais.

Decompondo os dados referentes aos *indicadores* que integram os diferentes *padrões*, somente apurámos uma diferença estatisticamente significativa no indicador “O plano de actividades específica objectivos e métodos”, integrado no padrão “O *plano de actividades* é anualmente actualizado e revisto pela coordenação”, tendo sido verificado, após realização dos testes *post-hoc*, que os terapeutas atribuem as cotações mais baixas quando comparados com os psicólogos.

**Quadro 27 – Diferenças na autoavaliação dos profissionais relativamente aos padrões de qualidade do nível programa em função da categoria profissional**

<b>Padrões Programa</b>	<i>E. Infância (n=24)</i>		<i>Psicologia (n=15)</i>		<i>S. Social (n=11)</i>		<i>Terapia (n=22)</i>		<i>H(3)</i>
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	
Plano Actividades	4,42	4,83	4,79	5,00	3,88	5,00	3,76	4,00	6,85
Relatório Actividades	3,78	4,33	3,83	4,33	3,85	5,00	3,77	4,00	0,48
Avaliação Externa	1,61	1,00	1,57	1,00	1,87	1,00	1,51	1,00	0,41
Formação Continua	3,24	3,50	3,35	3,10	3,45	4,00	2,92	3,00	2,10
Satisfação Família	1,10	1,00	1,28	1,00	1,88	1,00	2,03	1,66	2,77

Passamos, em seguida, a apresentar os resultados relativos à autoavaliação dos profissionais, relativamente à qualidade percebida no programa de intervenção precoce, em função do **tempo de serviço total** a desempenhar funções na sua categoria profissional.

Constatámos, relativamente às variáveis compósitas correspondentes aos níveis de actuação em intervenção precoce (ver Quadro 28), que os profissionais não diferem significativamente na autoavaliação das suas práticas em função do tempo total de serviço na sua categoria profissional. Estes dados indicam que os profissionais a desempenhar funções há menos de dez anos obtêm valores médios idênticos aos dos colegas que exercem a sua actividade profissional há mais de dez anos.

**Quadro 28 – Diferenças na autoavaliação dos profissionais relativamente aos níveis de actuação em função do tempo de serviço total**

Níveis	Inferior 10 anos (n=36)		Superior 10 anos (n=41)		U	r
	M	Mdn	M	Mdn		
Comunidade	3,55	3,60	3,26	3,28	596	.16
Família	3,80	3,86	3,55	3,68	559	.21
Criança	3,76	3,73	3,70	3,57	693	.05
Serviço	3,43	3,61	3,23	3,28	634	.12
Programa	3,30	3,38	3,23	3,52	721	.02

Embora não se tenham verificado diferenças estatisticamente significativas na análise dos resultados referentes aos níveis de actuação em intervenção precoce, no que se refere ao nível *comunidade*, os participantes diferem de modo significativo em função do tempo total de serviço (ver Quadro 29), indicando que os profissionais a exercerem funções há menos de 10 anos obtêm valores mais elevados, nos seguintes *padrões de qualidade*:

- a) Existe um procedimento comum para formular o *pedido de intervenção precoce*;
- b) Todo o tipo de informações registadas relativas a cada família e cada criança estão sujeitos a um *regulamento de protecção de dados*.

A magnitude do efeito é fraca nas diferenças relativas ao padrão *pedido de intervenção precoce* e moderada no que diz respeito ao padrão *regulamento de protecção de dados*.

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas em função do tempo serviço total no que diz respeito à análise das médias dos restantes *padrões de qualidade* incluídos neste *nível*. Apenas se constataram diferenças significativas em dois dos *indicadores* incluídos no padrão “Na área geográfica do serviço de intervenção precoce está constituído um *observatório para a infância*, sob enquadramento legal apropriado”, e, em um dos indicadores do padrão “Todas as famílias envolvidas em procedimentos de diagnóstico recebem de imediato *informação e apoio*”, sendo sempre os profissionais com tempo de serviço total inferior a 10 anos que atribuem as cotações mais elevadas.

**Quadro 29 – Diferenças na autoavaliação dos profissionais relativamente aos padrões de qualidade do nível Comunidade em função do tempo de serviço total**

<b>Padrões Comunidade</b>	<i>Inferior 10 anos (n=36)</i>		<i>Superior 10 anos (n=41)</i>		<i>U</i>	<i>r</i>
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>		
Listagem	3,53	3,66	3,58	3,66	649	.02
Observatório	2,23	2,25	1,73	1,00	458	.21
Triagem	3,35	3,80	3,19	3,00	702	.04
Informação Apoio	3,77	4,00	3,42	3,75	543	.21
Encaminhamento	3,51	3,00	3,02	3,00	545	.22
Pedido I. Precoce	4,47	5,00	4,15	4,50	529 *	.26
Protecção Dados	4,02	4,00	3,52	3,75	459 **	.33
Serviços	4,25	4,50	3,92	4,50	598	.17

\* p &lt; .05 \*\* p &lt; .01 \*\*\* p &lt; .001

No que concerne ao nível de actuação *família*, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas, indicando que os profissionais a desempenhar funções há menos de 10 anos atribuem valores mais elevados (ver Quadro 30), nos seguintes *padrões de qualidade*:

a) Os serviços de intervenção precoce proporcionam uma *abordagem multidimensional e holística* que compreende o conhecimento das necessidades da criança, da família e dos seus contextos de vida;

b) Os *direitos e deveres* do cliente estão claramente especificados.

A magnitude do efeito é moderada no que se refere ao padrão *abordagem multidimensional e holística* e fraca relativamente ao padrão *direitos e deveres* do cliente.

Não se verificaram diferenças significativas na autoavaliação realizada pelos profissionais em função do tempo total de serviço na sua categoria profissional, nos outros *padrões de qualidade* abrangidos por este *nível*. Apenas se verificou uma diferença significativa em um dos *indicadores* referentes ao padrão “O *plano individualizado de apoio à família* é elaborado com participação da família em reunião de aconselhamento”, no qual também são os profissionais a desempenhar funções há menos de 10 anos que atribuem cotações mais elevadas.

**Quadro 30 – Diferenças na autoavaliação dos profissionais relativamente aos padrões de qualidade do nível Família em função do tempo de serviço total**

<b>Padrões Família</b>	<i>Inferior 10 anos (n=36)</i>		<i>Superior 10 anos (n=41)</i>		<i>U</i>	<i>r</i>
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>		
Abordagem Holística	4,49	5,00	3,93	4,00	357 ***	.46
Avaliação Interdisciplinar	3,87	4,00	3,82	4,00	709	.03
Envolvimento Familiar	4,49	4,64	4,31	4,42	642	.11
Participação PIAF	3,57	3,64	3,26	3,35	563	.19
Responsável Caso	3,63	3,66	3,52	3,33	657	.06
Inclusão Social PIAF	3,26	3,00	2,97	3,00	585	.12
A. Educativos PIAF	3,77	3,83	3,68	3,66	681	.05
Apoio Saúde PIAF	3,79	4,00	3,51	3,62	583	.14
Direitos Deveres	3,36	3,50	2,98	3,00	518 *	.26

\* p &lt; .05 \*\* p &lt; .01 \*\*\* p &lt; .001

No que concerne ao nível de actuação *criança*, não se verificaram diferenças significativas na autoavaliação realizada pelos profissionais em função do tempo total de serviço na sua categoria profissional (ver Quadro 31) em qualquer dos *padrões de qualidade* relativos a este domínio.

**Quadro 31 – Diferenças na autoavaliação dos profissionais relativamente aos padrões de qualidade do nível Criança em função do tempo de serviço total**

<b>Padrões Criança</b>	<i>Inferior 10 anos (n=36)</i>		<i>Superior 10 anos (n=41)</i>		<i>U</i>	<i>r</i>
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>		
Plena Participação	4,05	4,00	3,88	3,80	637	.12
Autonomia	3,99	4,00	4,03	4,00	672	.05
Alterações Contexto	4,04	4,00	3,95	4,00	702	.04
Revisão Regular	3,69	3,75	3,58	3,75	686	.06
Revisão Anual	3,22	3,40	3,17	3,40	683	.02

\* p &lt; .05 \*\* p &lt; .01 \*\*\* p &lt; .001

Analisando os dados referentes aos *indicadores* que integram os diferentes *padrões*, somente apurámos uma diferença estatisticamente significativa em um dos cinco *indicadores* do padrão “A *revisão anual* dos casos é realizada em equipa”, sendo os profissionais a desempenhar funções há menos de 10 anos que, mais uma vez, obtêm os valores mais elevados.

Embora não se verifiquem diferenças significativas no nível *serviço*, em função do tempo de serviço total a exercer funções na categoria profissional, existe uma diferença estatisticamente significativa (ver Quadro 32) no *padrão de qualidade* “A coordenação do programa do SIP tem disponível um *organograma* com as unidades funcionais, estratégias de gestão e circuitos de comunicação”. A análise destes dados aponta para valores médios mais elevados atribuídos pelos profissionais a desempenhar funções há menos de 10 anos, sendo a magnitude do efeito moderada.

**Quadro 32 – Diferenças na autoavaliação dos profissionais relativamente aos padrões de qualidade do nível Serviço em função do tempo de serviço total**

<b>Padrões Serviço</b>	<i>Inferior 10 anos (n=36)</i>		<i>Superior 10 anos (n=41)</i>		<i>U</i>	<i>r</i>
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>		
Organograma	3,25	3,25	2,22	2,50	347 ***	.45
Equipa Multiprofissional	3,83	4,00	3,78	3,80	732	.01
Coordenação	4,25	4,33	4,22	4,00	736	.00
Profissionais Avaliação	3,41	3,50	3,14	3,00	642	.11
Avaliação Investigação	3,70	4,00	4,08	4,00	578	.17
Contabilidade	3,29	3,50	3,16	3,00	579	.09
Segurança	3,84	4,00	3,90	4,00	628	.06
Informação SIP	3,51	3,50	3,49	3,50	694	.01
Programas Comunitários	2,59	2,33	2,56	2,66	702	.02
Medidas Avaliação	3,02	3,28	2,83	3,07	580	.10

\* p < .05 \*\* p < .01 \*\*\* p < .001

No que diz respeito aos restantes *padrões de qualidade* incluídos neste *nível*, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em três dos *indicadores* pertencentes ao padrão “O SIP dispõe de *contabilidade organizada* que reflecte, com exactidão, os recursos financeiros e distribuição orçamental”, sendo eles: “Os profissionais e clientes têm acesso à informação financeira”, “Calculam-se os custos do programa”, e “São produzidos regularmente relatórios financeiros”; e, em apenas um *indicador*: “O serviço procura obter certificação da qualidade”, pertencente ao padrão “O nível de qualidade do SIP é adequado e estabelecem-se *medidas de avaliação* dos recursos e dos procedimentos utilizados”, sendo os profissionais a desempenhar funções na

sua categoria profissional há menos de 10 anos que dão as classificações mais elevadas.

No que diz respeito ao nível *programa*, não se verificaram quaisquer diferenças estatisticamente significativas entre as médias globais obtidas pelos profissionais em função do tempo total de serviço a desempenhar funções na sua categoria profissional (ver Quadro 33) nos *padrões de qualidade* incluídos neste domínio de actuação, nem em qualquer dos seus indicadores.

**Quadro 33 – Diferenças na autoavaliação dos profissionais relativamente aos padrões de qualidade do nível Programa em função do tempo de serviço total**

<b>Padrões Programa</b>	<i>Inferior 10 anos (n=36)</i>		<i>Superior 10 anos (n=41)</i>		<i>U</i>	<i>r</i>
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>		
Plano Actividades	4,58	5,00	4,37	5,00	726	.02
Relatório Actividades	4,04	4,16	3,76	4,33	618	.12
Avaliação Externa	1,82	1,00	1,73	1,00	602	.09
Formação Continua	3,58	3,75	3,50	3,80	700	.02
Satisfação Família	2,19	1,00	2,60	1,83	564	.12

\* p < .05 \*\* p < .01 \*\*\* p < .001

Passamos em seguida a apresentar os resultados relativos à autoavaliação dos profissionais no que diz respeito à qualidade das suas práticas, relativamente à qualidade percebida no programa de intervenção precoce, em função do **tempo de serviço** a desempenhar funções em **programas de intervenção precoce**.

Na análise relativa às médias globais obtidas nas variáveis compósitas correspondentes aos cinco níveis de actuação em intervenção precoce (ver Quadro 34), encontrámos diferenças estatisticamente significativas no nível referente à *comunidade*. Quando efectuados os testes *post-hoc*<sup>22</sup>, os dados indicam que os profissionais a desempenhar funções há mais de cinco anos em IP atribuem valores mais baixos quando comparados com os profissionais a desempenhar funções há menos de cinco anos.

<sup>22</sup> Tendo em consideração que as comparações entre os grupos eram em número de duas, o nível de significância foi de p < .025.

**Quadro 34 – Diferenças na autoavaliação dos profissionais relativamente aos níveis de actuação em função do tempo de serviço em intervenção precoce**

Níveis	Inferior 1 ano (n=22)		2 a 5 anos (n=37)		Superior 5 anos (n=18)		H(2)
	M	Mdn	M	Mdn	M	Mdn	
Comunidade	3,55	3,58	3,49	3,68	3,01	2,90	7,59 *
Família	3,78	3,86	3,66	3,82	3,52	3,38	3,07
Criança	3,72	3,63	3,71	3,76	3,79	3,52	0,09
Serviço	3,29	3,43	3,33	3,55	3,33	3,36	0,14
Programa	3,13	3,26	3,18	3,35	3,59	3,70	3,77

\* p &lt; .05 \*\* p &lt; .01 \*\*\* p &lt; .001

Nos restantes níveis de actuação, *família*, *criança*, *serviço* e *programa*, não se verificaram diferenças significativas nos resultados em função do tempo de serviço em que os profissionais estão integrados em equipas ou serviços de intervenção precoce.

As diferenças no nível *comunidade* devem-se a cotações mais baixas atribuídas pelos profissionais a desempenhar funções há mais de cinco anos em programas de intervenção precoce (ver Quadro 35) nos seguintes *padrões de qualidade*:

- Na área geográfica do serviço de intervenção precoce está constituído um *observatório para a infância*, sob enquadramento apropriado.
- Todas as famílias envolvidas em procedimentos de diagnóstico recebem de imediato *informação e apoio*.
- A experiência e sensibilidade dos profissionais asseguram *encaminhamento eficaz* das crianças elegíveis para os SIP.

Embora não se verifiquem diferenças na análise das médias referentes aos restantes *padrões de qualidade*, verificámos que existem diferenças estatisticamente significativas em alguns dos *indicadores* que os compõem. Assim, constatou-se uma diferença significativa no indicador de qualidade “Registo do acesso dos profissionais aos dados dos processos”, pertencente ao padrão “Todo o tipo de informações registadas relativas a cada família e cada criança estão sujeitos a um *regulamento de protecção de dados*”, tal como no indicador “Existem serviços em cada conselho”, relativo ao padrão “A

intervenção precoce é prestada através de *serviços descentralizados*”; após realização dos testes *post-hoc*, constatámos que se mantém a tendência dos profissionais a desempenhar funções há mais de cinco anos em programas de intervenção precoce atribuírem as pontuações mais baixas nestes indicadores.

**Quadro 35 – Diferenças na autoavaliação dos profissionais relativamente aos padrões de qualidade do nível Comunidade em função do tempo de serviço em intervenção precoce**

<b>Padrões Comunidade</b>	<b>Inferior 1 ano (n=22)</b>		<b>2 a 5 anos (n=37)</b>		<b>Superior 5 anos (n=18)</b>		<b>H(2)</b>
	<b>M</b>	<b>Mdn</b>	<b>M</b>	<b>Mdn</b>	<b>M</b>	<b>Mdn</b>	
Listagem	3,71	4,00	3,47	3,66	3,55	3,66	0,59
Observatório	2,29	1,62	2,09	1,75	1,29	1,00	6,74 *
Triagem	3,47	3,60	3,38	3,80	2,78	2,50	2,58
Informação Apoio	3,87	4,00	3,70	3,75	3,00	3,00	7,72 *
Encaminhamento	3,31	3,00	3,50	3,50	2,66	2,50	8,04 **
Pedido I. Precoce	4,45	5,00	4,28	4,50	4,16	4,50	2,74
Protecção Dados	3,84	4,00	3,87	4,00	3,41	3,75	5,14
Serviços	4,09	4,25	4,16	4,50	3,88	4,00	1,96

\* p < .05 \*\* p < .01 \*\*\* p < .001

Observando os resultados relativos aos *padrões* que integram o nível *família* (ver Quadro 36), encontraram-se diferenças estatisticamente significativas, quando realizados os testes *post-hoc*, indicando que os profissionais a desempenhar funções há menos de cinco anos atribuem cotações mais elevadas, que os seus colegas a exercerem funções em programas de intervenção precoce há mais de cinco anos, nos seguintes padrões de qualidade:

- a) O *plano individualizado de apoio à família* é elaborado com a participação da família em reunião de aconselhamento;
- b) Os *direitos e deveres* do cliente estão claramente especificados.

Ao analisar detalhadamente os dados obtidos nos diferentes *indicadores* que compõem os outros *padrões de qualidade* incluídos neste nível de actuação, não verificámos diferenças estatisticamente significativas em nenhum deles, quando comparamos os profissionais a trabalharem há mais tempo em IP com os seus colegas cuja actividade laboral neste domínio de intervenção é relativamente recente.

**Quadro 36 – Diferenças na autoavaliação dos profissionais relativamente aos padrões de qualidade do nível Família em função do tempo de serviço em intervenção precoce**

<b>Padrões Família</b>	<i>Inferior 1 ano (n=22)</i>		<i>2 a 5 anos (n=37)</i>		<i>Superior 5 anos (n=18)</i>		<i>H(2)</i>
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	
Abordagem Holística	4,30	4,33	4,24	4,33	3,96	4,00	3,88
Avaliação Interdisciplinar	3,95	4,00	3,88	4,00	3,62	4,00	2,76
Envolvimento Familiar	4,43	4,42	4,40	4,71	4,32	4,28	0,70
Participação PIAF	3,74	3,85	3,40	3,57	3,03	3,07	7,79 *
Responsável Caso	3,41	3,33	3,60	3,33	3,73	4,00	1,34
Inclusão Social PIAF	3,22	3,16	3,00	2,83	3,20	3,16	1,57
A. Educativos PIAF	3,55	3,66	3,82	4,00	3,72	3,66	1,93
Apoio Saúde PIAF	3,85	4,00	3,56	4,00	3,56	3,50	1,38
Direitos Deveres	3,42	3,37	3,22	3,25	2,70	2,75	7,59 *

\* p &lt; .05 \*\* p &lt; .01 \*\*\* p &lt; .001

Analisando as médias obtidas no nível *criança*, constatámos que não se registam diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos *padrões de qualidade* incluídos neste domínio de actuação (ver Quadro 37), quando comparamos a autoavaliação efectuada pelos profissionais em função do tempo em que já se encontram a desempenhar funções no âmbito da intervenção precoce.

Ao examinarmos os dados relativos aos indicadores que compõem os diferentes padrões de qualidade, verificamos resultados significativamente diferentes no indicador “Todos os apoios necessários são gratuitos”, referente ao padrão “Todas as crianças com perturbações de desenvolvimento ou em situações de risco têm direito a receber ajudas desenvolvimentais que fortaleçam a sua *autonomia*”; quando realizados os testes *post-hoc*, verificamos que os profissionais a desempenhar funções há mais de cinco anos em programas de IP dão as classificações mais baixas, quando comparados com os profissionais a exercerem funções há menos de cinco anos. E, também se verificam resultados com diferenças significativas no indicador “O PIAF providencia apoio psicológico aos pais e outros prestadores de cuidados” que integra o padrão “São implementadas *alterações apropriadas no contexto*, de modo a satisfazer as necessidades especiais das crianças”; indicando que são os profissionais a desempenhar funções há menos de um ano que atribuem as

pontuações mais baixas, quando comparados com os profissionais a trabalharem em programas de IP há mais de cinco anos.

**Quadro 37 – Diferenças na autoavaliação dos profissionais relativamente aos padrões de qualidade do nível Criança em função do tempo de serviço em intervenção precoce**

<b>Padrões Criança</b>	<i>Inferior 1 ano (n=22)</i>		<i>2 a 5 anos (n=37)</i>		<i>Superior 5 anos (n=18)</i>		<i>H(2)</i>
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	
	Plena Participação	4,05	4,00	3,91	4,00	3,95	
Autonomia	4,05	4,12	4,00	4,00	3,98	3,87	0,36
Alterações Contexto	3,89	4,00	4,04	4,00	4,01	4,00	1,44
Revisão Regular	3,71	3,87	3,67	3,75	3,45	3,25	1,04
Revisão Anual	3,04	3,00	3,07	3,30	3,62	3,40	2,28

No estudo dos padrões de qualidade incluídos no nível *serviço* (ver Quadro 38) não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em função do tempo de serviço em programas de intervenção precoce.

**Quadro 38 – Diferenças na autoavaliação dos profissionais relativamente aos padrões de qualidade do nível Serviço em função do tempo de serviço em intervenção precoce**

<b>Padrões Serviço</b>	<i>Inferior 1 ano (n=22)</i>		<i>2 a 5 anos (n=37)</i>		<i>Superior 5 anos (n=18)</i>		<i>H(2)</i>
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	
	Organograma	2,85	3,00	2,68	3,00	2,52	
Equipa Multiprofissional	3,60	3,80	3,81	4,00	4,02	4,20	2,32
Coordenação	4,28	4,66	4,29	4,00	4,05	4,00	1,14
Profissionais Avaliação	3,31	3,25	3,27	3,00	3,22	3,50	0,04
Avaliação Investigação	3,80	4,00	3,91	4,00	4,00	4,00	0,18
Contabilidade	3,31	3,62	3,25	3,25	3,07	3,00	1,52
Segurança	3,54	4,00	3,85	4,00	4,30	4,75	5,42
Informação SIP	3,67	3,75	3,41	3,62	3,47	3,25	0,66
Programas Comunitários	2,66	3,00	2,52	2,66	2,57	2,00	0,10
Medidas Avaliação	2,85	3,21	2,95	3,14	2,94	2,78	0,03

Verificámos que os resultados eram significativamente diferentes em apenas dois indicadores, um deles relativo ao padrão de qualidade “O serviço de intervenção precoce dispõe de *contabilidade organizada* que reflecte, com exactidão, os recursos financeiros e distribuição orçamental”, e o outro respeitante ao padrão “o nível de qualidade do serviço é adequado e estabelecem-se *medidas de avaliação* dos recursos e dos procedimentos

utilizados”, tendo sido verificado, após efectuar os testes *post-hoc*, que são, mais uma vez, os profissionais com menos de cinco anos de serviço em IP a concederem as cotações mais elevadas.

No que diz respeito ao nível *programa*, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa na autoavaliação dos profissionais (ver Quadro 39) no padrão “o programa contempla o registo periódico do grau de *satisfação da família*”, que é devida, após realização dos testes *post-hoc*, a cotações mais elevadas atribuídas pelos profissionais a desempenhar funções há mais de cinco anos em serviços de intervenção precoce, quando comparados com os colegas que exercem funções há menos de cinco anos.

**Quadro 39 – Diferenças na autoavaliação dos profissionais relativamente aos padrões de qualidade do nível Programa em função do tempo de serviço em intervenção precoce**

<b>Padrões Programa</b>	<i>Inferior 1 ano (n=22)</i>		<i>2 a 5 anos (n=37)</i>		<i>Superior 5 anos (n=18)</i>		<i>H(2)</i>
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	
Plano Actividades	4,34	4,83	4,42	5,00	4,72	5,00	1,59
Relatório Actividades	3,74	4,00	3,99	4,33	3,88	4,16	1,59
Avaliação Externa	2,30	1,00	1,50	1,00	1,76	1,00	3,38
Formação Continua	3,48	3,75	3,42	3,60	3,83	3,90	2,50
Satisfação Família	1,68	1,00	2,29	1,66	3,40	4,33	10,10 **

\* p < .05 \*\* p < .01 \*\*\* p < .001

Não se verificam diferenças significativas em função do tempo de serviço em IP no que diz respeito às médias obtidas nos restantes *padrões de qualidade* incluídos neste nível. Apenas se constatou uma diferença significativa no *indicador* “Existe dotação financeira para a formação dos profissionais”, referente ao padrão “A coordenação encoraja a *formação continua* dos profissionais”, e, quando realizados os testes *post-hoc*, verificamos que os profissionais a desempenhar funções há mais de cinco anos atribuem pontuações mais altas quando comparados com os profissionais a exercerem funções em intervenção precoce há menos de um ano.

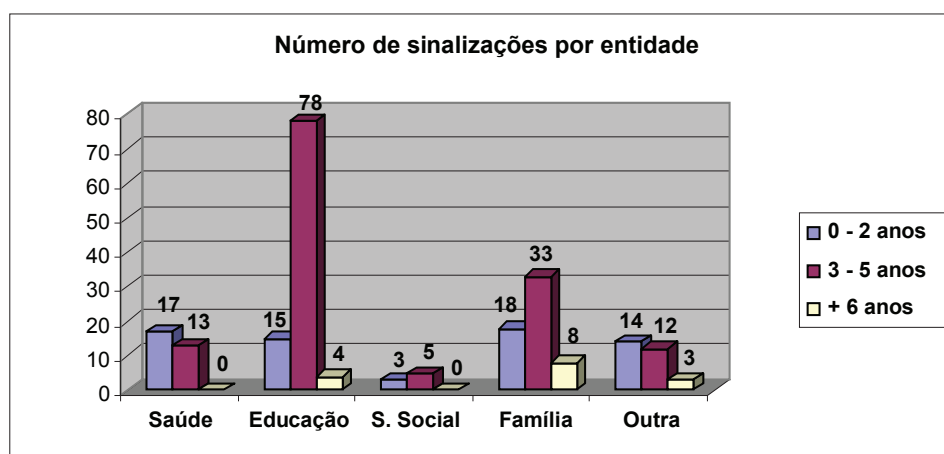
## 2.2. Análise das práticas implementadas

Nesta segunda secção pretendemos analisar de modo qualitativo as práticas implementadas, no sentido de complementar os dados quantitativos, considerando que a literatura refere que as percepções dos profissionais podem ser influenciadas por questões de deseabilidade social.

Nesse sentido, iremos apresentar em primeiro lugar, de um modo genérico, os dados obtidos com base no *Relatório Anual de Avaliação* elaborado pelas EID, passando para aspectos mais específicos da análise documental dos processos e posteriormente para a análise de conteúdo das observações directas realizadas durante as sessões de apoio a partir das nossas notas de campo.

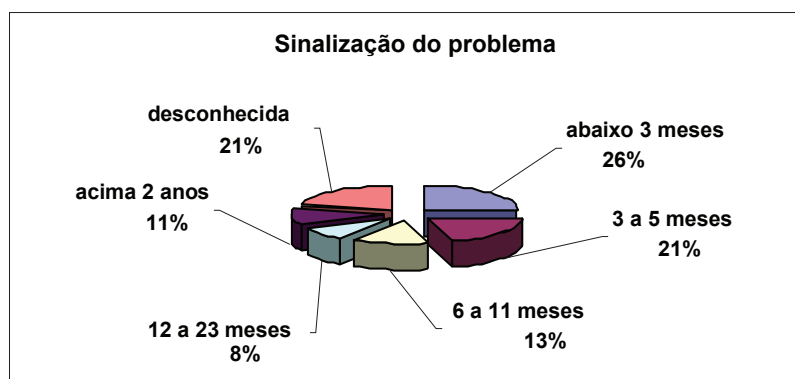
Assim, a fim de caracterizarmos globalmente as práticas das EID do distrito de Portalegre, passamos a enunciar as entidades que efectuaram a sinalização dos casos, as faixas etárias das crianças no momento da sinalização, as suas idades aquando da detecção da situação de risco, o tempo que mediou entre sinalização e realização do primeiro contacto com a família, e ainda, quais os profissionais que foram designados como responsáveis de caso.

Figura 24 – Distribuição dos casos em função da idade e entidade sinalizadora

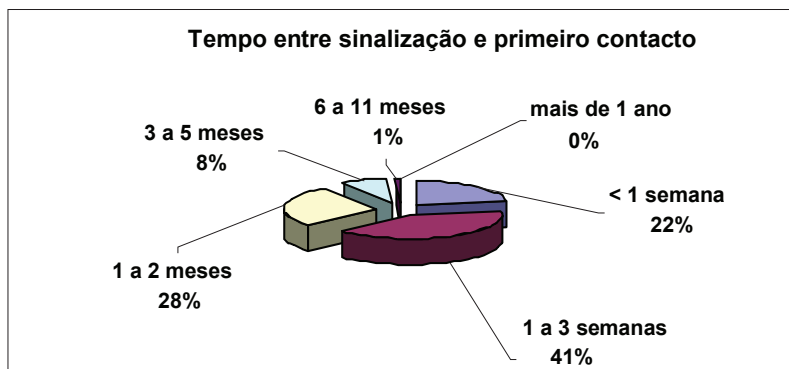


Verificámos que, durante o ano de 2007, foram sinalizados a nível distrital 223 casos, sendo que destes apenas 12 não foram acompanhados, sete por recusa da família e cinco por falta de recursos. Relativamente à sinalização dos casos, no que diz respeito à idade e à entidade sinalizadora (ver Figura 24), constatámos que a maioria dos casos são sinalizados pelos serviços educativos (44%) e na faixa etária dos três aos cinco anos (63%). Verifica-se que há uma percentagem considerável de casos sinalizados pela própria família (26%), seguindo-se em percentagem idêntica as sinalizações por parte dos serviços de saúde (13%) e de outros serviços da comunidade (13%), havendo também uma percentagem, bastante inferior, de casos sinalizados pelos serviços da segurança social (4%). No que diz respeito à idade, 30% dos casos são sinalizados na faixa etária dos zero aos dois anos e verifica-se ainda uma percentagem residual de casos sinalizados com idade superior a seis anos (7%).

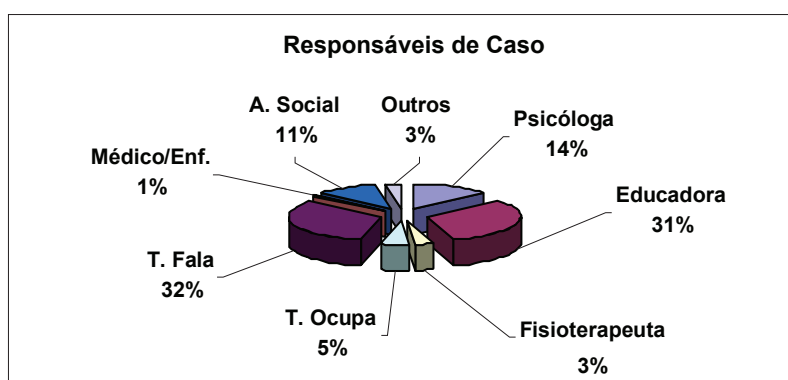
**Figura 25 – Distribuição dos casos em função do lapso de tempo entre detecção e sinalização do problema**



No que se refere ao tempo que mediou entre o momento em que o problema é detectado e o momento em que decorreu a sua sinalização à equipa (ver Figura 25), constatámos que em 47% dos casos esta se verificou num período de tempo inferior a seis meses e em 19% dos casos demorou mais de um ano, havendo uma percentagem equivalente de casos em que esta informação não é conhecida.

**Figura 26 – Distribuição dos casos em função do tempo de espera para intervenção**

Quanto ao período de tempo que as famílias têm, em média, que aguardar, desde o momento em que é efectuada a sinalização do problema a uma das equipas de intervenção directa do distrito, até ser efectuado o primeiro contacto, dando-se de seguida início à intervenção (ver na Figura 26), constatámos que em mais de 60% dos casos o tempo de espera é inferior a três semanas e que numa percentagem inferior a 40% o apoio tem início num período inferior a seis meses.

**Figura 27 – Distribuição dos casos em função do profissional responsável de caso**

No que diz respeito à designação de um responsável de caso (ver Figura 27), verificámos que os profissionais a quem foi atribuída esta função se repartem de modo quase equitativo, na maioria dos casos (63%), entre educadoras e terapeutas da fala, seguindo-se em menor percentagem (25%), mas também equivalente, a atribuição desta responsabilidade a psicólogos e a assistentes sociais, havendo apenas uma percentagem residual de situações

cuja responsabilidade do caso foi atribuída a terapeutas ocupacionais, médicos e enfermeiros, ou a outros profissionais.

### 2.2.1. Procedimentos de registo nos processos

No decurso do nosso estudo qualitativo, com o intuito de caracterizarmos a actuação das EID, analisámos os documentos constantes nos processos relativos aos casos que acompanhámos durante a realização da observação das práticas. Assim, e de acordo com os dados obtidos através do *Protocolo de Análise Documental dos Processos* (ver Anexo III), passamos a explicitar qual a documentação que consta dos mesmos, bem como quais os registos efectuados pelos profissionais, e arquivados nos processos, relativamente aos procedimentos de avaliação e intervenção implementados no âmbito do apoio prestado às crianças e suas famílias.

#### ▪ **Documentação arquivada nos processos**

Num primeiro nível de análise do conteúdo dos processos, constatámos que, a nível organizativo, com pequenas variações, todos eles seguem uma estrutura idêntica, sendo os documentos arquivados de acordo com as seguintes categorias: identificação, informação familiar, anamnese, avaliações, relatórios, planos de intervenção, registos de acompanhamento, reuniões e anexos. Estes conteúdos foram definidos pela equipa de coordenação distrital, em articulação com as coordenações das equipas, e são idênticos para todas as EID do distrito de Portalegre.

Após uma análise detalhada dos documentos que estavam arquivados nos processos que tivemos oportunidade de consultar, passamos a relatar a percentagem dos processos em que constam os documentos referenciados, ordenados por ordem decrescente de frequência (ver Quadro 40).

Verificámos, com base na análise de conteúdo dos processos, que em quase todos os casos existe o *consentimento informado da família* para a intervenção, tendo a sua sinalização sido formalizada com base na ficha para formular o *pedido de intervenção precoce*, existem dados relativos ao *historial*

do desenvolvimento da criança, bem como registos das sessões de acompanhamento à criança e família. Em grande parte dos processos encontramos *informação sobre o agregado familiar*, dados relativos às *avaliações da criança*, bem como registos dos assuntos analisados em *reuniões de discussão de caso* e de *reuniões com a família*. Cerca de metade dos dossiers têm informação sobre o programa de intervenção precoce, nomeadamente o *plano individualizado de apoio à família*, e/ou o *programa educativo* para a criança, tendo também registos relativos a *informação especializada de outros serviços* e do *primeiro contacto* efectuado com a família.

**Quadro 40 – Tipo de documentação existente nos processos**

<i>Conteúdo do Processo</i>	<i>Percentagem de casos</i>
Declaração de autorização da família	94%
Ficha de sinalização	93%
Registos de sessões de intervenção	93%
Ficha de anamnese	89%
Registos de reuniões discussão de caso <sup>23</sup>	77%
Ficha de informação familiar	72%
Registos de avaliações do desenvolvimento	71%
Registos de reuniões com a família	67%
Plano individualizado de apoio à família <sup>24</sup>	56%
Plano de intervenção/ Programa educativo	53%
Ficha de primeiro contacto	49%
Relatórios de outros serviços	49%
Relatórios de exames médicos	41%
Registos de observação em contexto	7%

Constatámos, ainda, que existiam vários processos com outro tipo de documentos, para além dos anteriormente enunciados, tais como: ficha de resposta ao pedido de apoio; ficha de admissão na equipa; horário das sessões de apoio; e, declaração de autorização para apresentação pública do caso.

<sup>23</sup> Nos registos relativos a algumas destas reuniões também era referenciada a participação da família.

<sup>24</sup> Verificou-se que em 78% dos processos existia o PIAF, mas somente 56% dos casos o tinham preenchido.

Havia, também, em alguns processos, documentação relativa à pesquisa bibliográfica efectuada sobre temáticas referentes à problemática do caso em acompanhamento, por exemplo: distrofia muscular, neurofibromatose, doença cardíaca, mononucleose, síndrome de Prader Willi, síndrome de Asperger, síndrome de XYY; ou sobre domínios específicos do desenvolvimento da criança, como por exemplo: desenvolvimento motor, linguagem e comunicação; e ainda, materiais de suporte à programação da intervenção: Vocabulário Makaton, Currículo Crescer, Programa Portage, entre outros.

#### ▪ Informação sobre procedimentos de avaliação

O processo de avaliação pressupõe um estudo global do desenvolvimento da criança, da história familiar e dos seus contextos de vida. Neste processo, participam habitualmente profissionais das diferentes disciplinas que compõem a equipa, sendo desejável que haja articulação com os serviços que encaminharam o caso, e, quando necessário, com serviços especializados para a realização de exames ou avaliações complementares.

Passamos a apresentar, as informações recolhidas relativamente aos procedimentos de avaliação junto da criança e da família, com base nos elementos que constam nos registos e relatórios arquivados nos processos das famílias<sup>25</sup> (ver Quadro 41).

Analisando os dados obtidos, constatámos que a avaliação da criança é realizada na maioria dos casos por *mais do que um profissional* da equipa (psicólogo, terapeuta e/ou educadora), estando também referenciada em alguns casos a participação da família (17%). A avaliação ocorre frequentemente em *contexto educativo* e são utilizados *diferentes instrumentos* de avaliação (embora predominem as escalas de desenvolvimento). No que se refere à caracterização da família, em cerca de metade dos processos não consta informação sobre instrumentos formais ou informais usados para o efeito, existindo em alguns deles um *inventário de necessidades*; contudo na

---

<sup>25</sup> Apenas um dos processos consultados não tinha arquivado registos referentes aos procedimentos realizados e dados obtidos.

maior parte dos casos conseguimos encontrar *várias informações* relativas à família (decorrentes do preenchimento de algumas fichas ou formulários). Em muitos dos processos existem *registos formais* relativos à avaliação (geralmente sob a forma de relatório dos profissionais responsáveis pelo procedimento), bem como *diferentes tipos de registos* dos resultados obtidos.

No que diz respeito à troca de informação, verificámos que, na maior parte dos casos não existem dados, de avaliação ou caracterização da situação, enviados por outros serviços da comunidade, havendo em algumas situações informação dos *serviços de saúde* e, numa percentagem mais reduzida, de outros serviços (geralmente CPCJ ou Centro especializado); existindo numa percentagem considerável de processos indicação dos interlocutores com quem a EID partilhou os resultados da avaliação.

Apesar de existirem registos, nomeadamente relatórios, com dados de avaliações efectuadas ao longo do tempo, não nos foi possível, com base nos registos constantes nos processos, recolher informação explícita relativa aos procedimentos de reavaliação (objectivos, intervenientes e periodicidade).

**Quadro 41 – Informação existente nos processos relativa a procedimentos de avaliação<sup>26</sup>**

<b>Dados sobre Avaliação</b>		<b>Percentagem</b>
Intervenientes na avaliação	Sem informação	9%
	Psicólogo	9%
	Terapeuta da fala	9%
	Educador	6%
	Terapeuta ocupacional	6%
	Vários intervenientes	62%
Local da avaliação	Sem informação	19%
	Creche ou J. Infância	49%
	Domicilio	8%
	Sede da EID	8%
	Outro local	5%
Instrumentos para avaliação da criança	Sem informação	10%
	Escala de desenvolvimento	38%
	Checklist	5%
	Outro instrumento	5%
	Vários instrumentos	43%

Continua...

<sup>26</sup> O item “vários” significa que se verificaram referências, nos registos arquivados nos dossiers dos casos, a dois ou mais elementos relativos às diferentes subcategorias em análise.

...Continuação do Quadro 41

<i>Dados sobre Avaliação</i>		<i>Percentagem</i>
Instrumentos para caracterização da família	Sem informação	59%
	Inventário necessidades	21%
	Genograma	5%
	Grelha de observação	5%
	Outro instrumento	5%
	Vários instrumentos	5%
Informações sobre a família	Sem informação	10%
	Características do agregado	16%
	Preocupações da família	5%
	Desenvolvimento da criança	3%
	Várias Informações	66%
Informações de serviços da comunidade	Sem informação	59%
	Saúde	26%
	Educativos	3%
	Outros serviços	12%
Tipo de registos	Sem informação	15%
	Formais	40%
	Síntese avaliativa	5%
	Vários tipos de registos	40%
Passagem de informação	Sem informação	15%
	Família	15%
	Serviços de saúde	12%
	Serviços educativos	6%
	Profissionais da equipa	3%
	Outros interlocutores	9%
	Vários interlocutores	41%

#### ▪ Informação sobre procedimentos de intervenção

Apresentamos, em seguida, as informações relativas aos procedimentos de planeamento e implementação do programa de intervenção, documentados nos processos dos casos observados (ver Quadro 42).

Os registos analisados permitem-nos constatar que os intervenientes na planificação do programa de intervenção precoce são, grosso modo, os mesmos profissionais que realizam a avaliação, havendo envolvimento de mais do que um profissional da equipa na maioria dos casos. Constatámos ainda que em 40% dos processos há referência à participação da família.

**Quadro 42 – Informação existente nos processos sobre procedimentos de intervenção**

<i>Dados sobre Intervenção</i>		<i>Percentagem</i>
Intervenientes na planificação	Sem informação	5%
	Educador	18%
	Psicólogo	5%
	Terapeuta da fala	5%
	Terapeuta ocupacional	3%
	Fisioterapeuta	3%
	Vários intervenientes	60%
Objectivos educativos	Sem informação	3%
	Comunicação	19%
	Competências Pais	8%
	Motricidade	5%
	Autonomia	3%
	Socialização	3%
	Várias áreas	60%
Objectivos outros domínios	Sem informação	58%
	Transição de contexto	15%
	Emprego & Formação	11%
	Medidas tutelares	6%
	Apoios sociais	5%
	Serviços de saúde	5%
Intervenientes no programa	Sem informação	2%
	Educador	9%
	Terapeuta da fala	9%
	Psicólogo	5%
	Assistente social	2%
	Terapeuta ocupacional	2%
	Diferentes intervenientes	70%
Periodicidade da intervenção	Sem informação	3%
	Semanal	44%
	Bissemanal	18%
	Trissemanal	15%
	Alternada	15%
	Outra	5%
Local da intervenção	Sem informação	2%
	Domicílio	38%
	Creche ou J. Infância	35%
	Vários locais	25%

No que se refere aos objectivos educativos delineados no programa, constatamos que a maioria se reporta às diferentes áreas do desenvolvimento da criança. Nos casos em que o programa incide sobretudo numa área específica do desenvolvimento, o domínio privilegiado é o da “comunicação e linguagem”. De realçar a existência de objectivos educativos direccionados aos

pais (promoção de competências parentais), bem como a existência de objectivos relacionados com outras áreas de intervenção (por ex.: trabalho, regulação do poder paternal, habitação) e a implementar em articulação com serviços da comunidade (por ex.: autarquia).

Quanto aos profissionais a implementar o programa de intervenção precoce, há referência a diferentes intervenientes<sup>27</sup> numa percentagem considerável de processos, o que não significa que, todos eles estejam a intervir em simultâneo na situação. Muitas vezes, esta indicação refere-se a mudança do responsável de caso<sup>28</sup>, facto que em algumas situações se deve à mobilidade dos profissionais que deixaram de colaborar com a equipa.

Relativamente à periodicidade e local da intervenção, verificamos que na maior parte dos casos a indicação que consta do processo é a de que o apoio se realiza semanalmente, e se efectua, em percentagens idênticas, no domicílio ou no contexto educativo, havendo também bastantes situações em que o apoio se reparte entre estes dois locais. Muitos processos tinham arquivado o “horário” com indicação dos dias da semana, tempos e locais em que o apoio estava a ser prestado.

### 2.2.2. Práticas de apoio precoce observadas

No decurso da *observação participada das práticas*, assistimos a 92 sessões, correspondendo a um total de 62 casos apoiados. Salienta-se o facto de termos observado o mesmo caso em mais do que uma sessão de apoio, assim como observámos sessões em que foram apoiadas simultaneamente duas crianças.

Como o critério de constituição da amostra para observação das práticas considerou a proporcionalidade relativa das diferentes categorias profissionais

---

<sup>27</sup> De acordo com a informação registada nos processos, em 32% dos casos o programa de intervenção estava a ser implementado por dois profissionais da equipa.

<sup>28</sup> Em cinco dos processos consultados não encontramos referência ao responsável de caso, e em dois dos casos essa indicação não era clara. No que diz respeito aos profissionais que acompanhamos na observação das práticas, apenas três não eram o responsável do caso em que estavam a intervir.

que constituíam as equipas<sup>29</sup>, observámos um total de 27 casos apoiados por educadoras, o que corresponde a uma grande parte dos apoios observados (44%), subdividindo-se os demais por psicólogas (9 casos, 14%), assistentes sociais (7 casos, 12%), terapeutas da fala (10 casos, 16%) e terapeuta ocupacional/ fisioterapeuta (9 casos, 14%).

Constatámos que a maioria dos casos em apoio, que observámos, era de famílias com crianças em situação de risco estabelecido (34%) e de risco ambiental (36%). Os restantes casos, em número idêntico, diziam respeito a situações de risco biológico e a casos de atraso no desenvolvimento, numa percentagem total de 30% (ver Quadro 43).

**Quadro 43 – Casos observados em função do profissional e do tipo de risco**

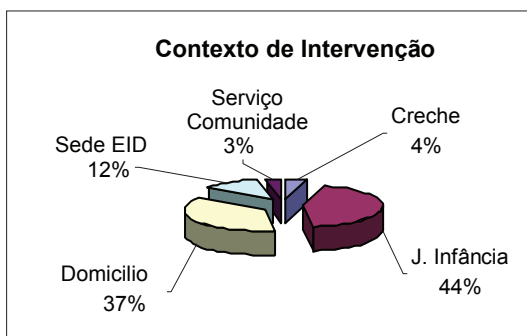
<i>Profissional Observado</i>	<i>Risco Estabelecido</i>	<i>Risco Biológico</i>	<i>Risco Ambiental</i>	<i>Atraso no Desenvolvimento</i>
Educadora	10	4	9	4
Psicóloga	1	1	5	2
A. Social	0	1	6	0
T. Fala	4	0	2	4
T.O./Fisio.	6	3	0	0
Total	21	9	22	10

Analisando os apoios em função da categoria profissional e do tipo de risco, com base na totalidade de casos observados por categoria profissional, verificámos que as educadoras apoiaram maioritariamente situações de risco estabelecido (37%) e de risco ambiental (33%); as psicólogas sobretudo casos de risco ambiental (55%); as assistentes sociais quase exclusivamente situações de risco ambiental (86%); as terapeutas da fala apoiaram de modo equitativo casos de risco estabelecido (40%) e de atraso no desenvolvimento (40%); o terapeuta ocupacional e fisioterapeuta situações de risco estabelecido (67%) e apoiaram também casos de risco biológico (33%).

<sup>29</sup> Observámos dois casos apoiados simultaneamente por dois profissionais, que acompanhámos em sessões diferentes; numa sessão o apoio foi dirigido à criança (efectuado num dos casos pelo terapeuta em contexto educativo e no outro pela educadora) e numa outra sessão o apoio foi dirigido à família (realizado num dos casos pela assistente social no domicílio e no outro pela psicóloga na sede da equipa). Também observamos uma situação relativa a um pedido de avaliação de uma criança (observação em contexto educativo), que foi realizada por dois profissionais, psicóloga e terapeuta.

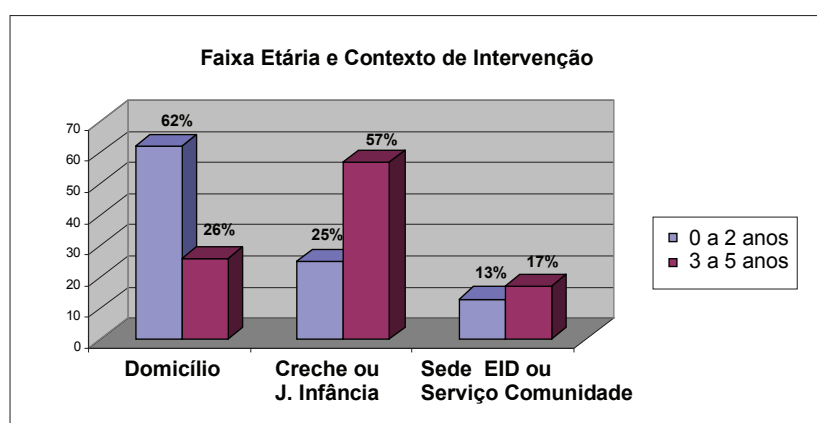
No que concerne aos contextos em que é efectuado o apoio, verifica-se nos casos que observámos, que este decorreu maioritariamente no domicílio ou em contexto educativo (sobretudo em jardim de infância) em percentagens equivalentes (ver Figura 28), decorrendo algumas das intervenções a que assistimos, em percentagem bastante inferior, na sede da equipa.

**Figura 28 – Distribuição dos casos observados em função do contexto de intervenção**



Ainda no que diz respeito aos contextos em que decorre a intervenção, pareceu-nos interessante analisar as faixas etárias das crianças em função do local em que era prestado o apoio (ver Figura 29).

**Figura 29 – Percentagem relativa dos casos observados em função da idade e do contexto de intervenção**



Neste âmbito, verificámos que, na faixa etária dos zero aos dois anos, os apoios decorreram maioritariamente no domicílio da família, enquanto na faixa etária dos três aos cinco anos, a intervenção decorreu sobretudo no contexto educativo, não se verificando grande diferença no que diz respeito às

sessões realizadas na sede da equipa ou num serviço da comunidade em função da faixa etária.

Os dados que passamos a apresentar dizem sempre respeito ao número total de **sessões de apoio**<sup>30</sup> a que assistimos e não ao número de casos observados.

Assim, analisando os contextos em que foi realizado o apoio em função da categoria profissional (ver Quadro 44), nas sessões que tivemos oportunidade de observar, verificámos que:

- a) os apoios efectuados pelas assistentes sociais (72%) e pelas educadoras (47%) decorrem maioritariamente no domicílio das famílias;
- b) os apoios prestados por psicólogas (66%), terapeutas da fala (72%) e terapeuta ocupacional (44%) ocorrem sobretudo no contexto educativo.

Gostaríamos de referir que, no número total de sessões observadas na sede da equipa, estão incluídos não só apoios directos a crianças e famílias, mas também situações de consultoria a outros profissionais<sup>31</sup>, bem como realização de reuniões de equipa ou discussão de casos.

**Quadro 44 – Sessões observadas em função do profissional e contexto de intervenção**

<i>Profissional Observado</i>	<i>Domicílio</i>	<i>Contexto Educativo</i>	<i>Sede Serviço</i>	<i>Total</i>
Educadora	17	11	8	36
Psicóloga	2	12	4	18
A. Social	8	1	2	11
T. Fala	1	13	4	18
T.O./Fisio	2	4	3	9
Total	30 (35%)	41 (45%)	21 (20%)	92 (100%)

No sentido de podermos complementar a análise dos dados relativamente ao foco da intervenção (centrada na criança, centrada na família ou centrada no profissional) analisámos quem estava presente nas sessões de

<sup>30</sup> As sessões de apoio dirigidas à criança e/ou à família tiveram regra geral uma duração entre 45 a 60 minutos. As observações relativas a reuniões com outros profissionais tiveram geralmente maior duração.

<sup>31</sup> Não contabilizámos as situações de consultoria e de discussão de casos, que tivemos oportunidade de presenciar e que ocorriam informalmente entre os diferentes profissionais da equipa, na carrinha, durante as deslocações para os diversos contextos de intervenção.

apoio a que assistimos, quer em relação à tipologia dos casos apoiados, quer relativamente à categoria profissional do técnico envolvido.

Assim, considerando os elementos presentes, constatamos, de um modo geral, que as sessões de apoio são na sua maioria dirigidas à criança, havendo contudo uma percentagem considerável de apoios dirigidos à família, bem como à família e à criança; há ainda a registar algumas sessões em que a intervenção se dirige a outro profissional (ver Quadros 45 e 46).

**Quadro 45 – Sessões observadas em função do tipo de risco e intervenientes** <sup>32</sup>

<i>Tipo de Risco</i> <sup>33</sup>	<i>Só Família</i>	<i>Só Criança</i>	<i>Família e Criança</i>	<i>Profissional</i>
Estabelecido	5	13	9	1
Biológico	4	2	4	1
Ambiental	9	10	8	5
Atraso Des.	0	11	1	0
Total	18 (22%)	36 (43%)	22 (27%)	7 (8%)

Analisando os intervenientes na sessão de apoio em função do tipo de risco (ver Quadro 45), verificamos que:

a) nas situações de risco estabelecido, há uma maior incidência de intervenções com foco na criança (único elemento presente) (46%), seguindo-se os apoios em que está presente a família e a criança (32%);

b) nas situações de risco biológico, os apoios distribuem-se de modo equitativo, entre presença só da família e presença da família e criança;

c) nas situações de risco ambiental, não existe grande variabilidade relativamente ao foco de intervenção (na família e/ou na criança); regista-se, nestas situações, o maior número de sessões dirigidas a outro profissional (de um serviço da comunidade);

d) nos casos de atraso no desenvolvimento,<sup>34</sup> o foco de intervenção centrou-se quase exclusivamente na criança (92%).

<sup>32</sup> O total neste quadro corresponde a 83 sessões, pois não estão contabilizadas 9 sessões, relativas a: reuniões de equipa (2), reuniões com a família e com um profissional de um serviço da comunidade (2), sessão de observação de uma criança (1) e nas sessões que observámos em que participaram apenas profissionais (4), sempre que se tratava de situações que não tínhamos acompanhado, não houve registo relativo à situação de risco.

<sup>33</sup> Alguns dos casos observados enquadravam situações de risco compósito (risco estabelecido ou biológico associado a risco ambiental), tendo sido adoptado o critério de os classificar considerando a situação que determina maior limitação ou risco ao nível do desenvolvimento da criança.

Analisando os elementos presentes na sessão em função do profissional a prestar o apoio (ver Quadro 46), verificamos que:

a) há uma maior incidência de intervenções dirigidas à criança nos apoios efectuados por terapeutas da fala (70%), terapeuta ocupacional/fisioterapeuta (67%) e psicólogas (50%);

b) os apoios distribuem-se de modo mais equitativo nas intervenções efectuadas pelas educadoras, havendo maior frequência de sessões com a presença da criança e da família (43%);

c) as intervenções efectuadas pelas assistentes sociais dirigem-se, quase exclusivamente, à família (82%).

**Quadro 46 – Sessões observadas em função do profissional e intervenientes** <sup>35</sup>

<i>Profissional observado</i>	<i>Só Família</i>	<i>Só Criança</i>	<i>Família e Criança</i>	<i>Profissional</i>
Educadora	6	9	15	5
Psicóloga	3	9	3	3
A. Social	9	0	0	2
T. Fala	0	12	2	3
T.O./Fisio	0	6	2	1
Total	18 (20%)	36 (40%)	22 (24%)	14 (16%)

Ao analisarmos globalmente as dimensões das sessões de apoio observadas em função do foco e contexto de intervenção, constatámos que:

a) Nas sessões em que a intervenção é centrada na criança e o apoio decorre em contexto educativo<sup>36</sup>, psicólogas e terapeutas retiram quase sempre as crianças do grupo de pares (sendo que, no caso dos terapeutas, em algumas sessões, são apoiadas duas crianças em simultâneo); no caso das educadoras, o apoio é maioritariamente feito com a criança incluída nas actividades da sala.

<sup>34</sup> Alguns dos casos referenciados como “atraso no desenvolvimento” diziam respeito a crianças com problemas de linguagem (fala), subsistindo a dúvida se seriam situações de risco ambiental (falta de estimulação e/ou falta de experiências).

<sup>35</sup> O total neste quadro corresponde a 90 sessões, pois não foram contabilizadas 2 sessões relativas a reuniões realizadas com a família e com um profissional de um serviço da comunidade.

<sup>36</sup> Observamos, com alguma regularidade no final da sessão de apoio, haver passagem de informação entre o profissional da equipa e a educadora do jardim-de-infância.

b) Nas sessões em que está presente a família e a criança, nem sempre a família tem um papel activo, estando algumas vezes envolvida directamente na actividade, ou até mesmo a treinar algumas competências para cuidar ou interagir com a criança, mas noutras situações tem apenas papel de observador.

c) Nas sessões dirigidas a outro profissional, quando ocorriam num serviço da comunidade, destinavam-se, quase sempre, a articular procedimentos ou a acautelar condições de acessibilidade e de transição entre contextos; quando ocorriam na sede de equipa tinham por objectivo a partilha, entre os profissionais da EID, de informações relativas aos casos, ou a passagem de competências entre diferentes áreas disciplinares (por exemplo, entre terapia ocupacional e psicologia, ou terapia da fala e educação de infância).

#### ▪ **Análise de conteúdo das sessões de apoio observadas**

Após efectuarmos a análise de conteúdo indutiva das notas de campo relativas aos registos das situações de apoio directo observadas (implementação de actividade ou troca de impressões sobre determinado assunto) e efectuada a sua codificação temática, estabelecemos as seguintes categorias (ver Quadro 47):

**Quadro 47 – Definição de categorias encontradas com base na análise de conteúdo dos registos das sessões de apoio observadas**

<i>Categorias</i>	<i>Definição</i>
Desenvolvimento da Criança	Inclui aspectos relativos a áreas específicas do desenvolvimento da criança, habitualmente consideradas nas escalas de avaliação formal, incluindo aspectos emocionais e comportamentais.
Cuidados Básicos da Criança	Inclui aspectos do desenvolvimento relacionados com as necessidades básicas da criança, nomeadamente higiene, alimentação e sono.
Aspectos Educativos	Inclui a implementação de actividade ou troca de impressões acerca de aspectos relacionados com o contexto educativo formal (excluindo cuidados básicos), bem como transição entre contextos.
Programa de Intervenção	Inclui a implementação de actividade ou troca de impressões acerca de actividades a implementar, condições de acessibilidade dos contextos de vida da criança, bem como objectivos do PIAF ou PEI.

Continua...

...Continuação do Quadro 47

<i>Categorias</i>	<i>Definição</i>
Passagem de Competências	Inclui aspectos relativos a treino de competências parentais para cuidar da criança, bem como treino de competências entre profissionais de diferentes áreas disciplinares.
Dinâmica Familiar	Inclui aspectos relativos às interações no contexto familiar entre adultos e entre adultos e crianças, bem como aspectos de organização da rotina da vida diária.
Passagem de Informação	Inclui aspectos relativos à partilha de informação sobre dados de avaliação, bem como da intervenção.
Apoio à Saúde	Inclui aspectos relacionados com a saúde física e mental da criança e da família.
Apoio Social	Inclui aspectos relacionados com atribuição de subsídios e apoios às necessidades básicas da família.
Inclusão Laboral	Inclui aspectos relacionados com a actividade profissional dos pais.
Gestão Financeira	Inclui aspectos relacionados com o orçamento familiar, nomeadamente a nível de despesas correntes.
Serviços da Comunidade	Inclui aspectos relativos à articulação com outros serviços da comunidade.
Sinalização de Casos	Inclui aspectos relacionados com a detecção e encaminhamento de situações de risco.

Em seguida, passamos a explicitar os conteúdos relativos às actividades realizadas e/ou temas de conversa que decorreram nas sessões observadas, tendo sido contabilizadas as frequências das subcategorias que se enquadram em cada uma das categorias anteriormente definidas. A análise dos registos dos acontecimentos que ocorreram naturalmente nas práticas implementadas pelos profissionais foi organizada em função dos elementos presentes nas sessões de apoio que observámos (ver Quadro 48).

Tivemos ainda oportunidade de observar duas sessões que decidimos não contabilizar na análise de frequências das categorias, por serem pouco representativas em termos numéricos, nas quais estiveram presentes o profissional da EID, a família, a criança e outro profissional de um serviço da comunidade. Nos dois casos, estiveram presentes as crianças e as mães, num dos casos a terapeuta da EID e a educadora do jardim de infância, e no outro, e educadora da EID e a pediatra do hospital, sendo que estas sessões (discussão de caso) se centraram na avaliação do desenvolvimento da criança, no sentido de serem tomadas decisões para o acompanhamento futuro.

**Quadro 48 – Frequência de subcategorias em função dos intervenientes nas sessões**

<i>Categorias</i>	<i>Subcategorias</i>	<i>Só Família</i>	<i>Só Criança</i>	<i>Família e Criança</i>	<i>Profissional</i>
Desenvolvimento da Criança	Linguagem	3	20	17	1
	Motricidade		11	11	
	Cognição		13	8	2
	Sensorial		3		
	Autonomia		2		2
	Controlo esfíncteres	2		3	1
	Desenvolvimento global	3			
	Sexualidade	1			
	Comportamento	4	11	5	
Cuidados Básicos da Criança	Higiene	4		5	
	Alimentação	4		7	1
	Sono	2		2	
Aspectos Educativos	Literacia e numeracia		4		
	Actividades com pares (grupo)		2 (3)		1
	Articulação com contexto educativo	3			
	Transição para contexto educativo	6	1	5	4
Programa de Intervenção	Sugestão actividades/ estratégias	2	2	4	1
	Participação da família			1	3
	Aconselhamento adaptações	3	1	3	2
	Tecnologias de apoio	2		2	
	Análise do PIAF	1		1	
Passagem de Competências	Psicomotricidade			6	1
	Interacção mãe/bebé			2	
	Treino cuidados básicos			1	
	Linguagem e Comunicação				1
Dinâmica Familiar	Relacionamento familiar	9	4	2	2
	Informação vivências familiares		4		
	Interacção pais-criança(s)	2		7	
	Organização rotinas diárias	5			
	Competências parentais				2
	Apoio família alargada			3	1
	Comportamento (pais/ irmã)			1	2
	Avaliação contexto familiar				4
	Regulação poder paternal	2			
Grupo de pais			1		
Passagem de Informação	Avaliação formal da criança	2		4	1
	Controlo evolutivo (criança)	3		2	3
	Relatórios especialistas	2		1	
Apoio à Saúde	Consulta especializada (criança)	8		4	1
	Saúde física (criança)	4		3	
	Terapia familiar				1
	Comportamentos aditivos (pais)	2			
	Medicação (mãe)	2			
	Saúde mental (mãe)	5		1	1

Continua...

...Continuação do Quadro 48

<i>Categorias</i>	<i>Subcategorias</i>	<i>Só Família</i>	<i>Só Criança</i>	<i>Família e Criança</i>	<i>Profissional</i>
Apoio Social	Subsídios (criança)	3		4	
	Rendimento social de inserção	4		2	
	Transporte	5			1
	Vestuário e Brinquedos	4			
	Habitação	4		2	
Inclusão Laboral	Subsidio de desemprego	1		1	1
	Renovação do contrato de trabalho			3	
	Emprego (reinserção profissional)	5			1
	Curso de formação (RVCC)	3 (1)			
	Informação direitos laborais			1	
Gestão Financeira	Economia doméstica	6		1	
	Listagem de compras	2			
	Mensalidade contexto educativo	2		2	
Serviços da Comunidade	Acolhimento temporário (CPCJ)	1 (3)			4
	Agrupamento de Escolas			1	2
	Segurança Social	5			1
	Centro Emprego	1			1
	Centro Apoio à Toxicodependência				1
	Banco alimentar	1			
	Autarquia				1
Sinalização de Casos	Encaminhamento de Caso			1	2
	Resposta pedido de apoio				1

No que diz respeito aos elementos da família que estiveram presentes nas sessões que observámos dirigidas à família ou à família e a criança, foram, na sua maioria, as mães (18), em algumas sessões participaram a mãe e o pai (7), a mãe e a avó (6), a avó e a bisavó (2), a mãe e irmãos (3) a mãe e primos (2). Nas sessões observadas que tiveram a participação de profissionais de outros serviços da comunidade, estiveram presentes sobretudo educadoras de jardim-de-infância (8), mas também, auxiliares de creche (3), directores de agrupamentos de escolas (2), coordenador de jardim-de-infância (1) e terapeuta familiar (1); sendo ainda de referir, em duas sessões, a presença de estagiárias (de serviço social numa sessão e de educação de infância noutra).

Analisando globalmente os conteúdos das sessões de apoio observadas, independentemente dos elementos presentes, podemos enquadrá-los em função dos três grandes domínios de actuação do programa de intervenção precoce: a criança, a família e a comunidade.

Reportando-nos ao nível da *criança*, no qual se verifica a maior frequência de registos, constatamos que a intervenção se centra basicamente em aspectos relacionados com a promoção do seu desenvolvimento global, nomeadamente nas áreas da linguagem, cognição e motricidade, bem como gestão do comportamento, e aspectos relacionados com a inclusão no contexto educativo. Muitas das intervenções vão no sentido de prevenir ou diminuir sequelas das situações de risco estabelecido e ambiental. Regista-se também o facto de, no decurso da intervenção, terem sido identificadas e sinalizadas algumas crianças em situação de risco.

Relativamente ao nível da *família*, o apoio é sobretudo direccionado a reforçar as competências parentais, apoiando os pais nos cuidados básicos e na educação dos seus filhos, orientando-os para lidarem com a criança (atitudes educativas). Um dos aspectos bastante focado na intervenção diz respeito ao relacionamento familiar (relações do casal e interacção pais-criança). Outros temas, recorrentes nas sessões de apoio, relacionam-se com a ajuda em problemas da família (financeiros, subsídios, habitação, transporte, etc.), bem como a monitorização de questões de saúde (dos pais e das crianças). Regista-se, ainda, a partilha de informação sobre a criança e sua evolução (nos casos de risco estabelecido e de risco biológico) e, em situações pontuais, verificou-se que houve planeamento conjunto de objectivos de trabalho.

E, no que se refere, ao nível da *comunidade*, regista-se a coordenação e orientação para outros recursos de apoio à criança e família (consultas, jardins de infância, etc.), bem como partilha de informação e estratégias de actuação relativamente ao acompanhamento dos casos; observou-se também a articulação com outros serviços e nomeadamente trabalho de preparação para a transição entre contextos. Algumas sessões consistiram em trabalho de consultoria com outros profissionais de diferentes áreas de actuação.

De modo global, ao analisarmos as subcategorias, verificamos que algumas delas são transversais, nomeadamente quando são dirigidas só à

família ou à família e à criança, sobretudo na área dos cuidados básicos, programa de intervenção, apoios (saúde e sociais) e passagem de informação.

Na nossa observação das práticas, para além do apoio directo prestado às crianças e famílias, assistimos também a situações de serviço indirecto dos profissionais das equipas, nomeadamente registos do trabalho desenvolvido, elaboração de relatórios, estabelecimento de contactos (com outros serviços e com famílias), bem como à realização de reuniões de equipa.

Nas reuniões a que assistimos os temas abordados centraram-se nos seguintes domínios: (a) passagem de informação sobre casos entre profissionais, face a mudanças a ocorrer na composição da equipa (educadoras e terapeutas); (b) monitorização de casos em apoio e perspectivas futuras de acompanhamento; (c) sinalização de novos casos (linguagem); (d) pedidos de avaliação de crianças (jardim-de-infância); (e) necessidades de articulação com outros serviços (hospital e segurança social); (f) levantamento de famílias a serem apoiadas pelo Banco Alimentar; (g) análise do funcionamento da equipa e avaliação do trabalho desenvolvido nos casos de risco ambiental; (h) passagem de informações por parte da coordenação – procedimentos para a transição das crianças para o 1º ciclo (articulação com contexto educativo e dificuldades sentidas na passagem de casos para serviço do hospital), solicitação de reunião pela coordenação do Pólo de Surdos, organização de registos e arquivo de documentação nos processos pelos responsáveis de casos e profissionais a intervir, gestão do transporte (carrinha da EID), propostas de acções de formação (CIF, Makaton), discussão da “petição” na Assembleia da Republica.

Gostaríamos de mencionar que, para além das reuniões a que assistimos no decurso da observação participada das práticas, fomos convidados a participar numa das reuniões de âmbito distrital (presença da equipa de coordenação distrital e das coordenações das EID), no sentido de serem por nós partilhados e analisados os resultados obtidos no âmbito do presente estudo, no que diz respeito à autoavaliação das práticas efectuada

pelos profissionais. O estudo foi posteriormente citado, pela equipa de coordenação distrital, no *Relatório Anual de Avaliação da Intervenção Precoce* do distrito Portalegre (2007).

*Quando a terapia ou apoio especializado são vistos como suporte informativo, os profissionais têm maior probabilidade de prestar o serviço de modo consistente com a forma como as crianças aprendem. Quando trabalham com as crianças nas visitas domiciliárias, é assim que estes serviços devem ser prestados. Para os profissionais e famílias que receiam que “dar apenas informação” não se trata de intervenção precoce, podem ser tranquilizados pois continua a envolver muito contacto com a criança. As três razões para “pôr as mãos” na criança são avaliar, demonstrar e dar afecto. Consequentemente, o profissional pode continuar a passar grande parte de cada visita a casa ou à comunidade a interagir com a criança.(...) Muitos profissionais têm usado a abordagem modelar-e-rezar, eles “modelam” e rezam para que a família espontaneamente imite a intervenção modelada.*

Robin McWilliam, 2003

### 3. Discussão

No âmbito deste estudo não entendemos os padrões de qualidade como um sistema fechado de exigências, mas sim como um *conjunto de indicadores* abertos aos contributos dos diversos agentes, e como constituindo, tal como refere Ponte (2004), um princípio de trabalho para acompanhar a diversidade e a regulação coerente dos serviços básicos. Nesse sentido, os referidos indicadores poderão contribuir para: (a) criar uma cultura de critérios de qualidade que permitam avaliar as práticas profissionais; (b) disponibilizar mecanismos de avaliação dos procedimentos e dos resultados a nível da comunidade, da família e da criança; (c) introduzir uma prática de gestão de procedimentos junto dos promotores dos serviços e dos profissionais; (d) oferecer uma oportunidade de mostrar aos seus destinatários e financiadores que o trabalho que se realiza é útil e eficaz; (e) proporcionar coerência e colaboração entre iniciativas de diferentes procedências ou da responsabilidade de diferentes entidades; (f) facilitar às famílias um modelo de identificação e participação nos processos chave; e (g) servir como estímulo para iniciativas de intercâmbio, formação e investigação.

#### 3.1. Organização dos Serviços de Intervenção Precoce

Ao iniciarmos a discussão dos resultados da nossa investigação pensamos ser importante dar uma visão global relativa às características dos serviços onde este estudo foi realizado.

Os serviços de IPI, no distrito de Portalegre, são prestados numa base concelhia, por equipas de intervenção directa constituídas, como foi já referido, por profissionais de diferentes áreas disciplinares, havendo articulação dos procedimentos nas equipas a nível do distrito em cooperação com a equipa de coordenação distrital. Muitos dos profissionais não desempenham funções a tempo integral no domínio da intervenção precoce e não têm um vínculo estável à EID. Para uma percentagem considerável destes profissionais o

desempenho de funções em serviços de intervenção precoce é um domínio recente de actuação. No que respeita à sua formação, apenas uma reduzida percentagem dos profissionais tem formação especializada (em educação especial ou intervenção precoce) e alguns deles realizaram acções de formação em serviço.

Os resultados de estudos realizados por diferentes investigadores apontam para o facto de a formação especializada em IP, no nosso país, não ser realizada sistematicamente, nem assegurada pela formação contínua, o que poderá constituir uma das principais razões das práticas implementadas, estarem ainda distantes do que são os modelos internacionalmente recomendados (Almeida, 2008; Bairrão & Almeida, 2002; Pimentel, 2005). Estes autores enfatizam ainda a importância da formação inicial dos diferentes profissionais, no âmbito da qual se verificam lacunas relativamente a conteúdos programáticos de formação específica em IP.

Um aspecto que é também importante referir, e que já tinha sido salientado no estudo de Bairrão e Almeida (2002), prende-se com a grande mobilidade dos profissionais, sobretudo de educadores e terapeutas, o que implica mudanças frequentes na composição das equipas, com consequências no acompanhamento das crianças e famílias. No sentido de sistematizar e consolidar práticas de qualidade, seria importante estabilizar os mecanismos de colocação dos profissionais nas equipas de IPI.

Relativamente à avaliação e à supervisão do trabalho dos profissionais não há mecanismos regulares estabelecidos. A avaliação é realizada internamente, mas não existem procedimentos formalizados, o mesmo se passa em relação à supervisão, não havendo a participação de entidades externas.

No que diz respeito aos destinatários, constatamos que, apesar de as orientações reguladoras (DC nº 891/99) preconizarem que o apoio no âmbito da intervenção precoce se dirige especialmente a crianças dos zero aos três anos, os casos apoiados pelos profissionais observados no distrito de

Portalegre situam-se sobretudo na faixa etária dos três aos cinco anos (67%), repartindo-se na sua maioria, e de modo equitativo, entre famílias com crianças em situação de risco ambiental (36%) ou de condição estabelecida (34%). A intervenção dos profissionais é realizada, neste grupo etário, principalmente em contexto educativo (57%). O número de famílias apoiadas com crianças dos zero aos dois anos é menor (26%), mas nestes casos a intervenção tem maioritariamente lugar no domicílio (62%).

Os nossos resultados manifestam a mesma tendência dos obtidos no estudo realizado a nível nacional por Bairrão e Almeida (2002) que pretendia avaliar as práticas dos educadores que apoiavam crianças dos zero aos seis anos de idade, no âmbito das Equipas dos Apoios Educativos, cujos resultados revelaram uma enorme disparidade entre o número de crianças atendidas em função da faixa etária, sendo que 83% tinham entre três e cinco anos e apenas 17% entre zero e os dois anos de idade. No estudo realizado por Pereira e Serrano (2009) os resultados também indicam, a nível nacional, que o apoio no domicílio, ou no domicílio e em outro local, atinge uma percentagem de 61%, na faixa etária dos zero aos dois anos e uma percentagem de 26%, na faixa etária entre três e cinco anos.

Bairrão e Almeida (2003) referem que, no âmbito das práticas de intervenção precoce no nosso país, se verifica que os programas dirigidos às crianças entre os zero e os dois anos se aproximam mais das práticas que encontramos noutros países, ou seja, há maior pendor de programas domiciliários, em muitos casos com envolvimento da família e contemplando aspectos relativos à organização de serviços e recursos. Contudo, no que se refere aos programas destinados às crianças dos três aos cinco anos estes ocorrem, na sua maioria, em contextos educativos formais e tendem a ter características mais centradas na criança, de acordo com modelos mais tradicionais, tal como verificamos no nosso estudo.

Passamos, em seguida, a discutir os resultados obtidos, cotejando-os com as questões que nortearam esta investigação e que foram colocadas no

segundo capítulo deste trabalho, procurando, sempre que possível, compará-los com trabalhos realizados por outros investigadores. Gostaríamos de referir que apenas serão discutidos os resultados quantitativos onde se verificaram diferenças significativas e os resultados qualitativos mais relevantes.

Na nossa **primeira questão de investigação** perguntávamos *em que medida a autoavaliação dos profissionais, no que diz respeito à qualidade das suas práticas em intervenção precoce, varia em função da região do país em que a equipa ou serviço de intervenção precoce está inserida*, distrito de Portalegre ou zona metropolitana de Lisboa.

De acordo com a autoavaliação que os profissionais realizaram das suas práticas, os resultados indicam que, no distrito de Portalegre, os serviços estão mais estruturados no que se refere ao nível da *Comunidade* e, na zona metropolitana de Lisboa, as práticas parecem estar mais consolidadas no que se refere ao nível da *Criança* e também do *Programa*.

Ao nível *Comunidade*, no distrito de Portalegre, os resultados indicam a existência de redes de serviços e dinâmicas locais de gestão de recursos e procedimentos estabelecidos relativamente à sinalização, encaminhamento, informação e apoio às famílias. Pensamos que o facto de as equipas terem sido estruturadas com base numa articulação inter-institucional ajuda a agilizar estes processos, havendo envolvimento dos vários sectores (educação, saúde, acção social, autarquias, instituições de solidariedade social). A utilização de um formulário comum (ficha de sinalização) para referenciação dos casos bem como o registo mensal dos casos em apoio (grelha de indicadores das EID), são procedimentos estabelecidos e os serviços de IPI são prestados de modo descentralizado.

Os resultados do nosso estudo são concordantes com os dados do estudo efectuado por Franco e Apolónio (2008), que sublinham o impacto positivo da implementação da rede de intervenção precoce no Alentejo na actividade dos sistemas, serviços e profissionais, bem como, com os resultados da investigação realizada por Almeida (2008), que também evidencia serem os

profissionais desta região aqueles que referem menores dificuldades no estabelecimento de redes e articulação de serviços.

Ao nível *Criança*, os resultados mostram que os profissionais da zona de Lisboa se auto-percepcionam como tendo práticas de melhor qualidade, o que pode estar relacionado com o facto de os serviços desta região existirem há mais tempo. No entanto, a análise das diferenças no nível *Criança* em função do tempo de serviço dos profissionais em intervenção precoce não confirmaram esta hipótese, levando-nos a pensar que os profissionais consideram ter práticas de maior qualidade ao nível da criança, por ser este o domínio de actuação em que têm investido mais e se sentem mais seguros. O facto de na região Alentejo se verificar uma predominância no atendimento a situações de risco ambiental, poderá, como refere Almeida (2008), conduzir a uma intervenção mais focada na família e uma, aparente, menor preocupação com as questões relativas ao desenvolvimento da criança.

A diferença a nível do *Programa* deve-se, essencialmente, aos aspectos relacionados com a formação contínua dos profissionais e com o registo periódico do grau de satisfação da família. Relativamente à formação contínua consideramos que há discrepâncias na oferta formativa entre as duas regiões, presumivelmente em maior quantidade e mais acessível aos profissionais dos serviços sediados na região de Lisboa. No que diz respeito à avaliação da satisfação das famílias, pensamos que esta diferença poderá estar relacionada com o facto de alguns estudos de avaliação do grau de satisfação das famílias, no âmbito da realização de monografias e dissertações, terem sido realizados em serviços na região de Lisboa.

A nível da autoavaliação dos profissionais das duas regiões não se registam quaisquer diferenças significativas, ao nível *Família* e ao nível *Serviço*, de forma global. No entanto parece-nos que, a tendência para os profissionais de Portalegre percepcionarem práticas mais consistentes a nível do envolvimento das famílias nas avaliações, bem como no que diz respeito a garantirem os direitos da família, se poderão relacionar com o cumprimento das orientações estabelecidas pelo Despacho que esteve na base da constituição

destas equipas. Por outro lado a percepção de maior consistência dos profissionais região de Lisboa relativamente às questões de inclusão social das famílias poderá estar relacionado com a existência, nesta região, de grupos de pais (um dos indicadores incluído neste padrão de qualidade).

O estudo realizado por Pereira e Serrano (2009) sobre práticas profissionais também indica a existência de diferenças entre regiões, apontando os seus resultados no sentido de a Madeira e os distritos de Viana do Castelo, Coimbra, Portalegre e Beja se destacarem de forma positiva por práticas centradas na família, comparativamente com os outros distritos analisados. O estudo de Almeida (2008) revela que os profissionais das EID, da região do Alentejo, são aqueles que menos reservas colocam às práticas centradas na família, que mais se questionam sobre a importância e sobre a implicação das suas atitudes e comportamentos nessas mesmas práticas.

Ainda no âmbito desta questão de investigação, perguntávamos *em que medida a autoavaliação dos profissionais, no que diz respeito à qualidade das suas práticas em intervenção precoce, varia em função do domínio profissional a que pertencem os elementos que constituem as equipas de intervenção precoce*: educadores, psicólogos, assistentes sociais ou terapeutas.

Os resultados da autoavaliação nas duas regiões indicam que a qualidade percebida pelos profissionais relativamente aos serviços prestados não varia em função do domínio profissional em nenhum dos cinco níveis de actuação considerados. Apenas se verificam diferenças significativas em alguns padrões de qualidade, sendo geralmente os assistentes sociais e os terapeutas, quando comparados com os seus colegas, a atribuírem cotações mais baixas às suas práticas. Assim, ao nível *Criança*, os assistentes sociais consideram ter práticas de menor qualidade, quando comparados com os educadores, no padrão relativo à “autonomia” o que será provavelmente um reflexo do facto de os assistentes sociais, nas suas práticas, não prestarem apoios directos às crianças. E, ao nível *Serviço*, são os terapeutas que atribuem as cotações mais baixas no padrão que diz respeito à

“contabilidade/gestão financeira” em relação a todos os outros colegas, o que pensamos reflectir desconhecimento por parte destes profissionais dos aspectos logísticos relativos à gestão dos recursos financeiros, o que, no caso de Portalegre, poderá estar relacionado com o facto de muitos terapeutas estarem a colaborar nas equipas em regime de prestação de serviços.

Aos níveis *Comunidade*, *Família* e *Programa*, não se registam quaisquer diferenças a nível dos padrões de qualidade na autoavaliação dos profissionais das duas regiões em função da categoria profissional. Os nossos resultados são contraditórios aos do estudo realizado por Pereira e Serrano (2009) que verificaram diferenças significativas entre educadores de infância e psicólogos, quando comparados com os seus colegas, evidenciando melhores resultados em todas as etapas das práticas centradas na família, em particular nas dimensões frequência e grau de importância atribuído. Os nossos resultados, também são contraditórios em relação aos obtidos por Bailey e colaboradores (1991), nomeadamente quando referem que os assistentes sociais demonstram resultados mais altos nas práticas centradas na família.

Perguntávamos, também, *em que medida a autoavaliação dos profissionais varia, relativamente à qualidade percebida no programa de intervenção precoce, em função do tempo de serviço a desempenhar funções na sua categoria profissional.*

Tal como na questão anterior, com base nos resultados das duas regiões, não encontramos diferenças na autoavaliação da qualidade das práticas, em função do tempo total de serviço, em nenhum dos cinco níveis de actuação. Também neste caso, apenas se verificaram diferenças significativas em alguns padrões de qualidade e são sistematicamente os profissionais a desempenharem funções há menos de 10 anos que se autoavaliam como tendo práticas de melhor qualidade. Assim, ao nível *Comunidade*, estes profissionais atribuem cotações mais elevadas ao padrão relativo ao procedimento de formulação do “pedido de intervenção precoce”, bem como ao padrão relacionado com a “confidencialidade dos dados” relativos às informações sobre as famílias. Ao nível *Família*, as percepções traduzem

práticas de melhor qualidade no processo de avaliação das necessidades da criança, da família e dos seus contextos de vida numa “abordagem multidimensional e holística”, e ainda no padrão relativo aos procedimentos que asseguram a clarificação dos “direitos e deveres” das famílias. A nível do *Serviço*, no que respeita ao padrão que se reporta à existência de um “organograma” que descreve as unidades funcionais e as suas atribuições, os profissionais com menos tempo de serviço atribuem também cotações mais elevadas.

Os resultados de um estudo realizado num serviço de intervenção precoce, no âmbito de um projecto sobre “O processo de construção de boas práticas”, por Gronita, Bernardo, Matos e Marques (2009), em que foi utilizado o mesmo instrumento do nosso estudo, os dados indicam a mesma tendência, verificando-se que os profissionais que exercem a sua profissão há menos de seis anos dão mais respostas de pontuação máxima, e que pelo contrário, os profissionais que exercem a sua profissão há seis ou mais anos consideram que existem mais indicadores de práticas “não realizadas”.

Pensamos que estes resultados podem ser reflexo da formação inicial dos profissionais mais jovens, que frequentaram cursos com planos de estudo mais recentes, no âmbito dos quais poderão ter abordado conteúdos programáticos relativos aos modelos teóricos subjacentes às práticas preconizadas, nomeadamente no que diz respeito à perspectiva sistémica e também aos princípios éticos. Poderá acontecer, ainda, que os profissionais com mais anos de serviço sejam mais críticos relativamente ao seu desempenho.

Aos níveis *Criança* e *Programa* não se registam quaisquer diferenças nos padrões de qualidade na autoavaliação dos profissionais das duas regiões em função do tempo total de serviço. Parece ser evidenciado pelos dados que, independentemente do número de anos de serviço, todos os padrões ao nível da *Criança* e alguns padrões ao nível do *Programa* (e.g., plano de actividades, relatório de actividades e formação contínua), constituem práticas profissionais já implementadas de modo mais consistente.

Ainda no que se refere à autoavaliação, questionávamos se *haveria diferenças na autoavaliação dos profissionais, relativamente à qualidade percebida no programa de intervenção precoce, em função do tempo de serviço a desempenhar funções em programas de intervenção precoce.*

Verificamos que os profissionais a desempenhar funções há menos de cinco anos tendem a autoavaliar as suas práticas de um modo significativamente mais positivo no que se refere ao nível da *Comunidade*. Constatámos que as diferenças encontradas, neste nível, seguem a mesma tendência das diferenças encontradas entre regiões e que reflectem práticas mais adequadas na região de Portalegre. Poder-se-ia colocar a hipótese de esta semelhança ser devida ao facto de existir uma maior proporção de profissionais de Portalegre com menos tempo de serviço em IP. Contudo, nos outros níveis de actuação, esta tendência não se verifica. Assim, ao nível *Família*, os profissionais a desempenharem funções há mais de cinco anos, quando comparados com os seus colegas que desempenham funções há menos de cinco anos em programas de IP, consideram que as práticas não são planificadas e realizadas sistematicamente no que se refere aos padrões relativos à elaboração do “plano individualizado de apoio à família” e à clarificação dos “direitos e deveres”.

Este resultado poderá ser interpretado no sentido de os profissionais a desempenharem funções há mais tempo não terem ainda incorporado estas práticas nos seus hábitos de trabalho ou, ainda, pelo facto de as respostas dos profissionais a trabalhar há menos tempo poderem ser mais influenciadas pelo factor desejabilidade social. De facto a literatura tem apontado este factor como responsável por discrepâncias entre práticas ideais e práticas reais (McWilliam et al. 2000, Rantala, Uotinen & McWilliam, 2009).

Nos níveis *Criança* e *Serviço*, não se registam quaisquer diferenças a nível dos padrões de qualidade na autoavaliação dos profissionais das duas regiões em função do tempo de serviço em programas de intervenção precoce.

No nível *Programa*, constata-se uma diferença significativa no padrão relativo à avaliação da “satisfação das famílias”, considerando os profissionais que desempenham funções há mais de cinco anos em IP, que esta é uma prática programada e realizada sistematicamente por iniciativa da equipa ou de outros recursos. O que parece influenciar este resultado é o facto de os profissionais com mais tempo de serviço em programas de intervenção precoce, que tendencialmente são da região de Lisboa, já terão tido oportunidade de implementar esta prática, nomeadamente, e como foi anteriormente referido, quando da realização de estudos de pós-graduação neste domínio.

Os dados da investigação realizada por McWilliam e colaboradores (2000) indicam que, quanto maior o tempo de serviço dos profissionais em intervenção precoce, melhores os seus resultados no que diz respeito às práticas centradas na família, bem como a importância que lhe atribuem. Os resultados do estudo de Pereira e Serrano (2009) também revelam que a variável tempo de serviço em IP influencia as práticas, tendo constado que os profissionais com 10 ou mais anos de serviço neste domínio de intervenção evidenciam melhores resultados, quando comparados com profissionais com menos tempo de serviço em intervenção precoce.

Na **segunda questão de investigação** equacionávamos *em que medida as práticas de apoio precoce, efectivamente implementadas pelos profissionais das equipas de intervenção directa, diferem em função do tipo de problemática dos casos apoiados: situações de condição estabelecida, risco biológico ou risco ambiental*.

No que concerne à observação participada das práticas, os resultados parecem indicar que a tipologia dos casos influencia a escolha do profissional que presta o apoio. Assim, os assistentes sociais intervêm quase exclusivamente em situações de risco ambiental, os terapeutas parecem apoiar sobretudo casos de risco estabelecido, os psicólogos intervêm principalmente em casos de risco ambiental e os educadores apoiam tanto casos de condição estabelecida como de risco ambiental. A distribuição dos casos por profissional

parece ser feita fundamentalmente em função da problemática da criança/família o que pode relacionar-se com a representação existente de que determinada área profissional tem mais competências para intervir em determinadas problemáticas. Esta forma de conceptualizar a tomada de decisão do responsável de caso parece não se inserir ainda numa perspectiva centrada na família, de acordo com as recomendações a nível internacional.

Os resultados também nos indicam que a tipologia dos casos influencia o foco da intervenção. Nos casos de risco estabelecido, o apoio centra-se sobretudo na criança, havendo também sessões em que a família participa com a criança. Nas situações de risco biológico as intervenções centradas na criança são em menor número, ao contrário do que sucede nos outros tipos de risco, e repartem-se igualmente entre a presença só da família e da família e criança. E, nas situações de risco ambiental, não há diferenças notórias no tipo de apoio, dirigindo-se de modo análogo só aos pais, só à criança ou à família e à criança. Constata-se, ainda, que nestas situações há maior articulação com profissionais de outros serviços.

Nos casos de atraso no desenvolvimento o foco de intervenção é quase exclusivamente a criança, verificando-se que em 92% das sessões de apoio apenas ela está presente, o que indicia um modelo de intervenção centrado na criança. Nos casos de condição estabelecida, risco biológico e risco ambiental, a presença da família (sozinha ou a família em conjunto com a criança) verifica-se em 41% das sessões de apoio, o que poderá constituir um indicador no sentido de que o foco de intervenção começa a dirigir-se à unidade familiar no seu conjunto e não apenas à criança.

Resultados de vários estudos (Dunst, Bruder, Trivette, & Hamby, 2006; Dunst, 2002, entre outros) mostram que a forma como as práticas são conceptualizadas nos ambientes naturais das crianças influenciam significativamente as opiniões dos pais sobre a sua própria capacidade e comportamento, bem como sobre o desenvolvimento de competências nas crianças. Assim, quando as actividades dos contextos de vida da criança são usadas como fontes de oportunidade de aprendizagem, no dia-a-dia, há mais

ganhos, quer em diferentes áreas do desenvolvimento das crianças quer nas competências parentais. Pelo contrário, quando os apoios são implementados em actividades isoladas, é maior a probabilidade de não terem efeitos na percepção dos pais sobre si próprios (competências parentais) ou sobre as suas crianças (progresso da criança).

No âmbito da segunda questão de investigação, perguntávamos *em que medida as práticas de apoio precoce, efectivamente implementadas pelos profissionais das equipas de intervenção directa, diferem em função do domínio profissional do elemento da equipa de intervenção directa a prestar apoio*: educador, psicólogo, assistente social ou terapeuta.

Observando as dimensões da prestação de serviços em função do foco e do contexto de intervenção, os resultados indicam que o profissional a prestar o apoio influencia as práticas, variando entre “foco no cuidador” ou “foco na criança” e de um “contexto natural” para um “contexto artificial”. Assim, nas intervenções efectuadas por educadoras verifica-se maior frequência de sessões de apoio com a presença da criança e da família, nas intervenções efectuadas por terapeutas e psicólogos o foco da intervenção é maioritariamente a criança (sem a presença do cuidador), e nos apoios efectuados por assistentes sociais o foco de intervenção são quase sempre os pais (sem a presença da criança). No que diz respeito ao contexto em que decorre a intervenção, verificamos que os educadores realizam o apoio em diferentes contextos, com maior incidência no domicílio, os terapeutas e os psicólogos realizam a sua intervenção sobretudo em contexto educativo, e os assistentes sociais intervêm maioritariamente em contexto domiciliário. Estes resultados levam-nos a inferir que as práticas dos profissionais parecem ser mais influenciadas pela sua formação de base do que pelas práticas baseadas na evidência recomendadas pela literatura.

Os resultados do nosso estudo são concordantes com os de outras investigações neste domínio. Assim, o estudo de Pimentel (2005) revela existirem diferenças entre as categorias profissionais na implementação dos

programas, sendo os educadores especializados que, na percepção de pais, prestam mais serviços no âmbito dos dois factores (focados na criança e focados na família). Também Pereira e Serrano (2009) verificaram diferenças significativas nas práticas dos educadores, que obtiveram melhores resultados na frequência das práticas centradas na família, comparativamente com os outros profissionais.

Os nossos resultados da observação participada das práticas são concordantes com os resultados do estudo realizado por Peterson e colaboradores (2007). Estes autores, apesar de a sua investigação incidir em programas destinados à capacitação das famílias para a promoção do desenvolvimento dos seus filhos, verificaram que mais de metade do tempo das sessões de apoio era passado em intervenções dirigidas à criança, sendo diminuto o tempo das interacções envolvendo a família e a criança, em que o profissional assume uma função de modelador, apoiando a família nas suas interacções com a criança.

A valorização dos contextos naturais na intervenção, regulamentada no DC 891/99, é também enfatizada pela investigação realizada por vários autores, que referem estes contextos como fonte de oportunidade de aprendizagem e de desenvolvimento da criança e da sua família (McWilliam, 2000). A revisão da literatura aponta no sentido de que o desenvolvimento do apoio domiciliário pode ser um meio para se melhorarem as práticas em intervenção precoce (Rantala, Uotinen, & McWilliam, 2009), pois constitui uma forma de apoiar a família nas suas rotinas diárias. Contudo será necessário rever as estratégias de intervenção implementadas nas visitas domiciliárias (Peterson, Luze, Eshbaugh, Jeon, & Kantz, 2007), pois constatámos com alguma frequência que, apesar de a sessão decorrer no domicílio, o foco de intervenção se centrou na criança. A fundamentação para a prestação dos serviços no domicílio baseia-se no facto de: (a) o ambiente natural da criança ser um local eficaz para apoiar a família; (b) permitir o acesso a todas as famílias e estas não necessitarem de se deslocar para receber os serviços; (c) e, a investigação demonstrar que os profissionais que na sua prática realizam

apoios no domicílio reportam práticas mais centradas na família do que os profissionais que prestam os apoios sediados num centro (McWilliam, 2003; McWilliam, Snyder, Harbin, Porter, & Munn, 2000).

Na nossa **terceira questão de investigação** indagávamos *em que medida a autoavaliação da qualidade percebida pelos profissionais acerca do programa de intervenção precoce que se encontram a implementar é contemplada nas práticas de apoio precoce, efectivamente implementadas e observadas, no âmbito das equipas de intervenção directa.*

A nossa análise dos resultados procurará aferir os dados obtidos na autoavaliação das práticas realizada pelos profissionais das EID de Portalegre, relativamente aos padrões de qualidade percebidos como actividades planificadas e realizadas sistematicamente, em função dos cinco níveis de actuação considerados, com os dados que obtivemos a partir da análise documental dos processos e da observação participada das práticas.

Assim, ao nível *Comunidade* constatámos que os profissionais se autoavaliam como tendo práticas de qualidade nas actividades enquadradas pelos seguintes padrões: (a) Existe um procedimento comum para formular o pedido de intervenção precoce, que inclui os critérios de elegibilidade identificados e que fundamentam o motivo do pedido. Consideramos que esta é, de facto, uma prática implementada de modo sistemático, pois em mais de 90% dos processos analisados existe uma ficha de sinalização preenchida com a indicação dos motivos do pedido, identificação de quem o formula, bem como referência ao consentimento da família; (b) A intervenção é efectuada através de serviços descentralizados. Esta é, também, uma prática promovida no terreno, havendo equipas de intervenção directa concelhias, sendo nomeadamente de referir que tivemos oportunidade, durante a realização do nosso estudo, de verificar o alargamento da rede de equipas no distrito; (c) Os procedimentos de informação e apoio às famílias, que incluem indicações específicas sobre a forma e o local do apoio, iniciam-se quando da sinalização da situação. Baseando-nos nos dados dos “relatórios de avaliação anual” das EID e nas “grelhas de indicadores” que preenchem regularmente, verificámos

que o lapso de tempo entre sinalização da situação às equipas e realização do primeiro contacto com a família é inferior, na maioria dos casos, a três semanas; (d) As actividades de intervenção precoce cumprem o princípio da confidencialidade. Esta é uma prática que se verifica, nomeadamente no que se refere à existência de processos individuais, de acesso restrito, onde todos os registos são mantidos.

Relativamente ao nível *Família* os profissionais percebem ter práticas de qualidade no que se reporta aos seguintes padrões de qualidade: (a) Há uma abordagem multidimensional e holística das necessidades da criança, da família e dos seus contextos de vida. Nos dados relativos à avaliação, constantes nos registos dos processos, encontramos sobretudo elementos relativos a avaliação da criança por referência a escalas de desenvolvimento, e, embora existam alguns elementos relativos à caracterização das necessidades e preocupações da família (ficha de informação familiar e, em alguns casos, o PIAF), não encontramos, de modo sistemático, informação estruturada relativa a estes aspectos, bem como em relação aos contextos de vida da criança; (b) os procedimentos da avaliação incluem sessões de equipa em que participam no mínimo dois profissionais e da avaliação resulta o PIAF. Verificamos nos registos das avaliações, constantes nos processos, que na maioria dos casos intervêm vários profissionais, mas verificamos que existem, por vezes, relatórios elaborados individualmente por diferentes profissionais, e nem sempre da avaliação resulta a elaboração do plano individualizado de apoio à família; (c) A intervenção promove a participação e o envolvimento familiar, sendo as famílias consideradas como os primeiros decisores e as propostas do PIAF são sempre orientadas para a normalização da vida familiar. No âmbito da observação das práticas, tivemos oportunidade de participar em algumas sessões de apoio em que estes princípios estavam subjacentes, havendo nomeadamente flexibilidade em relação à hora e local de apoio, bem como em relação aos pedidos e necessidades sentidas pela família, contudo em mais de 50% das intervenções que observámos a família não esteve presente.

No que diz respeito ao nível *Criança* constatamos que os profissionais, neste domínio de actuação, tendem a não atribuir a cotação máxima a nenhum dos padrões de qualidade que o integram, ao contrário do que se verifica aos outros níveis. As actividades que autoavaliam como práticas de qualidade dizem respeito aos seguintes padrões: (a) Todas as crianças com perturbações de desenvolvimento ou em situações de risco têm direito a receber ajudas desenvolvimentais apropriadas que fortaleçam a sua autonomia. Observámos que na intervenção são proporcionados apoios terapêuticos (terapia ocupacional, de terapia da fala ou fisioterapia), bem como tecnologias de apoio, e apoios educativos (estimulação global, aquisição de competências funcionais). No entanto, em muitas sessões o apoio dirigiu-se só à criança não estando integrado nas rotinas dos ambientes onde decorria a intervenção (domicílio ou jardim de infância); (b) São implementadas alterações apropriadas no contexto de modo a satisfazer as necessidades especiais das crianças. Constatámos que, nomeadamente nos casos de risco biológico ou de condição estabelecida, muitos dos profissionais procuravam incluir a criança nos seus contextos de vida naturais, promovendo a sua adaptação e organização, acautelando também situações de transição, e davam informação e apoio aos pais ou a outros cuidadores da criança.

Ao nível *Serviço* os profissionais percebem ter práticas de qualidade no que se refere aos seguintes padrões: (a) A coordenação proporciona orientação, motivação e liderança efectiva, promove o conhecimento e interiorização, por parte dos profissionais, da missão da IP e encoraja o trabalho de equipa. Verificamos que, de modo geral, existe este trabalho por parte da coordenação, quer a nível das equipas quer a nível distrital, havendo a preocupação de estabelecer procedimentos de actuação comuns; (b) Na avaliação do serviço os profissionais participam activamente e são tidos em consideração os seus pontos de vista. Nas reuniões, a que assistimos, foram abordados aspectos relativos ao acompanhamento das crianças e famílias, e articulação entre os membros da equipa, havendo também discussão sobre procedimentos e objectivos operacionais do serviço.

Por último, no que se refere ao nível *Programa*, os profissionais percebem ter práticas de qualidade nos seguintes padrões de qualidade: (a) O plano de actividades reúne informação geral sobre os recursos humanos e materiais, população a atender, organograma, calendarização das actividades, especifica objectivos e métodos, e é elaborado com a participação dos profissionais. Consideramos que esta é uma prática implementada, embora na observação das práticas não tivéssemos tido oportunidade de acompanhar a sua elaboração; (b) O relatório de actividades reúne e analisa dados quantitativos relacionados com financiamentos, actividades comunitárias, formação e investigação, bem como dados estatísticos relacionados com os registos dos casos (gestão dos pedidos, tipologia dos casos, listagem de utentes, idade, ocorrências e sessões realizadas). Constatámos que existe um “formulário” tipificado (no qual estão contemplados estes itens) que é preenchido por cada uma das EID do distrito e enviado à Equipa de Coordenação Distrital, servindo de base à elaboração do relatório anual de avaliação do distrito e depois encaminhado para a Equipa Regional de Intervenção Precoce.

Analisando globalmente os nossos resultados, verificamos que a autoavaliação dos profissionais relativamente à qualidade das suas práticas não se distancia muito das práticas por nós observadas, no que se refere aos níveis *Comunidade*, *Criança*, *Serviço* e *Programa*, sendo sobretudo ao nível *Família* que se verificam as discrepâncias. Os resultados de alguns estudos indicam que existem habitualmente diferenças entre práticas percebidas e implementadas: o estudo de Pimentel (2005) revela que os profissionais percebem as práticas reais abaixo das práticas consideradas importantes e os resultados do estudo de Pereira e Serrano (2009) mostram que os profissionais consideram que a frequência das práticas centradas na família é inferior ao grau de importância que lhe atribuem. No entanto, na sua investigação Almeida (2008) refere serem os profissionais da região Alentejo os que se revelam capazes de uma maior auto-crítica em relação às suas práticas, o que parece também poder concluir-se dos nossos dados.

Ao incidirmos na descrição dos aspectos relativos à autoavaliação das práticas efectuada com base nos padrões de qualidade considerados no *Guia de Padrões de Qualidade em Intervenção Precoce*, bem como na descrição das práticas observadas, temos consciência de não estarem esgotadas todas as possibilidades de análise. Contudo, pensamos que o estudo efectuado nos dá uma visão geral do tipo de serviços implementados e permite salientar alguns aspectos importantes.

O presente estudo está limitado a uma pequena amostra de serviços e não houve avaliação das práticas por parte das famílias. Apesar disso, o esforço para desenvolver medidas da qualidade em intervenção precoce, tal como referem Aytch e colaboradores (2004), oferece a oportunidade de discutir a estrutura e o conteúdo dessas medidas, possibilitando a validação futura de instrumentos fiáveis. O desenvolvimento de instrumentos para avaliação da qualidade das práticas de intervenção precoce, constitui um passo importante para determinar em que medida estes serviços contribuem para melhorar as vidas das crianças e das suas famílias.

### **3.2. Práticas de Qualidade em Intervenção Precoce**

As práticas recomendadas em intervenção precoce têm sido desenvolvidas e validadas através do consenso de peritos (Odom, McLean, Johnson, & LaMontagne, 1995; Odom & Wolery, 2003; Sandall, McLean, & Smith, 2005). Contudo, há pouca informação relativamente às crenças dos profissionais e à adopção dessas práticas recomendadas. Este aspecto é de crucial importância porque as crenças dos profissionais foram identificadas como tendo influência na forma como usam ou adoptam essas práticas. De facto, como afirmam Sawyer e Campbell (2009), quando existe dissonância cognitiva entre as crenças pessoais dos profissionais e as práticas recomendadas, a implementação dessas práticas tem pouca probabilidade de ocorrer.

As práticas recomendadas constituem orientações que resultam, em grande parte, da pesquisa efectuada sobre os indicadores de qualidade dos

programas de intervenção precoce, bem como do consenso que se gerou em torno de alguns desses indicadores. De entre essas práticas salientam-se: a abordagem centrada na família; as práticas desenvolvimentalmente adequadas; o trabalho de equipa com uma abordagem transdisciplinar; a coordenação inter-serviços e a inclusão (Bailey & McWilliam, 1993; Odom & Wolery, 2003; Bowe, 1995, como citado por Gamelas, 2003).

Na nossa **quarta questão de investigação** perguntávamos *em que medida a autoavaliação dos profissionais, bem como as práticas de apoio precoce efectivamente implementadas pelas equipas, são coincidentes com as práticas de intervenção precoce recomendadas, baseadas em modelos internacionalmente reconhecidos.*

Centrámos a análise dos nossos resultados nas recomendações existentes a nível europeu, bem como nas orientações reguladoras para a Intervenção Precoce na Infância a nível nacional, em vigor à data da recolha de dados do nosso estudo, procurando sinalizar coincidências e discrepâncias entre práticas recomendadas, percebidas e observadas.

O relatório da Agência Europeia em Intervenção Precoce na Infância (Soriano, 2005), relativo à análise das situações na Europa, refere como aspectos-chave: (a) o trabalho de prevenção, de informação e de referenciação dos casos; (b) a interdisciplinaridade<sup>37</sup> do trabalho em equipa, nomeadamente a cooperação entre profissionais e destes com as famílias; (c) a formação inicial, a formação complementar e a formação em serviço dos profissionais; (d) as ferramentas de trabalho no processo de avaliação e de elaboração de um plano individual de apoio.

Constatamos, com base na autoavaliação dos profissionais e na caracterização efectuada dos serviços, que a filosofia de actuação das equipas de intervenção precoce se norteia pelos princípios acima enunciados, nomeadamente, no que diz respeito aos procedimentos de sinalização dos

---

<sup>37</sup> Embora a revisão da literatura preconize a implementação de um modelo transdisciplinar, a Agência Europeia refere o trabalho em equipa com base na *interdisciplinaridade* e *cooperação* entre os profissionais.

casos (sendo contudo necessário incrementar o trabalho a nível da prevenção primária) e à interdisciplinaridade (existindo responsáveis de caso que articulam com a família e colaboram com outros profissionais, estabelecendo parcerias com os serviços da comunidade).

Concretamente, no que diz respeito ao funcionamento das equipas, o modelo implementado é, essencialmente, de cariz *interdisciplinar*. As equipas são formadas por profissionais de diferentes disciplinas, existindo espaços formais e informais para partilhar a informação; as decisões são tomadas pela equipa, tendo os diferentes profissionais objectivos comuns no trabalho com a família (por exemplo, em reunião de equipa combinam-se estratégias concertadas para abordar a família), embora esta não faça parte integrante desses processos. Apesar de não termos centrado o nosso estudo no modelo de funcionamento das equipas, parece-nos de referir que observámos algumas (ainda que poucas) situações em que houve passagem de competências de um profissional para outro, à semelhança do que aconteceria num modelo de funcionamento de equipa *transdisciplinar*. Em tais situações constatou-se que membros da equipa adquirem conhecimentos de outras disciplinas, incorporando-os na sua prática, sendo que só um profissional da equipa assume a responsabilidade do apoio à criança e o contacto directo com a família (Peterson, 2002; King et al., 2009).

A questão da formação, bem como a ligação entre investigação e formação, é um dos aspectos que deve ser enfatizado. Os profissionais a trabalharem no domínio da intervenção precoce têm, geralmente, as seguintes qualificações: (a) mestrado (2º ciclo de estudos): psicólogos, alguns educadores e terapeutas; (b) licenciatura (1º ciclo de estudos): a maioria dos terapeutas, educadores, assistentes sociais e enfermeiros. Todas estas qualificações profissionais são na área de formação de base e não são específicas do domínio da intervenção precoce. Dado que não são exigidos requisitos complementares para se ter um emprego num serviço de intervenção precoce, a formação especializada neste domínio é ainda escassa entre os profissionais a desempenharem funções nas equipas. Assim, no nosso estudo

constatamos que apenas 13% dos profissionais têm formação especializada na área da Educação Especial, sendo ainda maior a lacuna no que diz respeito a formação específica no domínio da Intervenção Precoce, já que apenas 8% teve essa formação. Salienta-se no entanto, o investimento, quer pessoal quer das estruturas de coordenação, na formação em serviço. De facto, desde 2007 que são realizados anualmente Encontros de Intervenção Precoce do Distrito de Portalegre, com o objectivo de reflectir as práticas com especialistas na área, e são também realizadas algumas acções de formação em articulação com o Centro de Formação de Professores do Nordeste Alentejano para dar resposta a necessidades de formação das equipas.

A formação dos profissionais é uma área que começa a ser estruturada de um modo mais sistemático, particularmente na região de Lisboa, onde estão actualmente em funcionamento três 2ºs Ciclos de Estudos e duas Pós-graduações em IPI, em cinco Instituições do Ensino Superior. Até ao ano transacto, apenas na região Norte houve com regularidade a realização de mestrados em Intervenção Precoce (Universidade do Porto e Universidade do Minho). Salienta-se o facto de, em 2008, a Intervenção Precoce na Infância ter sido finalmente reconhecida como um domínio de especialização por parte do Conselho Científico da Formação Contínua de Professores.

Relativamente ao último dos aspectos-chave referido pela Agência Europeia, que diz respeito às ferramentas de trabalho, os procedimentos de avaliação e de intervenção tendem a envolver a família, embora o plano individual de intervenção nem sempre seja operacionalizado como uma ferramenta base desse processo por todos os profissionais das equipas de intervenção precoce. De facto, embora este plano faça parte integrante da documentação constante no processo da maior parte dos casos em acompanhamento (78%), somente em cerca de metade dos casos analisados este plano estava devidamente preenchido, não tendo sido possível, igualmente, constatar a sua utilização regular, durante a observação das práticas. Esta ferramenta tem sido referida, tanto nos documentos legislativos como na literatura da área, como uma estratégia fundamental para o

envolvimento da família, bem como para a efectiva cooperação transdisciplinar na planificação e monitorização do processo de avaliação-intervenção (McGonigel et al., 1991; DC 891/99; DL 281/2009). De facto, as orientações reguladoras relativas ao DC nº 891/99 preconizavam o envolvimento da família e a sua participação em todas as fases do processo de intervenção, bem como a elaboração de um plano individual de intervenção, assegurando o envolvimento da família, onde conste o diagnóstico global da situação, identificação de recursos e necessidades da família, designação dos apoios a prestar, indicação previsível da sua duração e periodicidade da avaliação. Para além deste aspecto são preconizados como eixos de intervenção precoce: (a) um processo integrado de actuação dos serviços da educação, da saúde, da acção social e dos parceiros envolvidos; (b) trabalho em equipa, partilhando entre si, de forma sistemática, os conhecimentos dos diferentes elementos, sendo designado um “responsável de caso” que garante a articulação dos apoios a prestar; (c) referenciação das crianças e selecção dos casos a apoiar de acordo com os critérios de elegibilidade; (d) organização e gestão dos serviços e recursos numa base comunitária, funcionando em rede e sendo integrada por equipas de intervenção directa e equipas de coordenação.

O referido normativo legal, estipulava como atribuições das equipas de intervenção directa: (a) seleccionar as situações para apoio em função da referenciação, da avaliação e dos critérios definidos; (b) organizar o *dossier* técnico-pedagógico por cada criança/família, o qual deve conter informação prévia à elaboração do plano individual de intervenção e suas reformulações, bem como toda a informação pertinente; (c) designar o responsável de caso e apoiar-lo na execução do plano; (d) identificar e articular com os recursos locais; (e) elaborar o plano anual de actuação e o relatório anual da actividade desenvolvida. Com base na análise documental, bem como nos resultados obtidos na autoavaliação dos profissionais, e ainda com base em algumas observações das práticas, foi possível constatar que nas equipas participantes no presente estudo estes são aspectos já operacionalizados de forma consistente.

Muitos dos aspectos anteriormente analisados integram um conjunto de características que têm sido referidas na literatura como distinguindo programas de qualidade. Almeida (2000a, p. 38) refere que “um programa de intervenção precoce para ser eficaz tem que ter um quadro teórico sólido”, e enumera as principais características a considerar na promoção da qualidade das práticas. No presente estudo, verificamos que alguns destes factores se verificam de modo sistemático, nomeadamente: (a) a inclusão de mecanismos de identificação, que permitam a sinalização adequada das crianças a abranger pelo programa e prevejam a articulação com outros serviços; (b) a existência de uma coordenação interserviços, no sentido de uma eficaz articulação dos diferentes técnicos e serviços envolvidos no programa; (c) a inclusão de mecanismos de avaliação do programa, tendo em conta que um programa de intervenção precoce, tal como qualquer outro programa, deve conter, desde o início, os mecanismos que permitam uma avaliação periódica dos seus resultados em função dos objectivos que se propôs; e (d) existência de uma planificação da transição; embora não tenha sido possível verificar a existência de tal plano escrito (com base na análise documental). Este foi um aspecto que surgiu valorizado na autoavaliação dos profissionais, tendo igualmente sido testemunhado durante a observação das práticas, surgindo como objecto de conversação durante as visitas domiciliárias e em reuniões formais de nível mesossistémico (e.g., entre o responsável de caso e o presidente do agrupamento de escolas no sentido de garantir a inclusão e os apoios necessários no ano seguinte). Com base nos resultados obtidos foi ainda possível constatar que alguns destes factores estão emergentes nas práticas das equipas, nomeadamente: (a) a formação em serviço da equipa, seja através de acções de formação especializada, seja através de uma supervisão continuada das práticas; (b) a existência de uma equipa transdisciplinar que, em conjunto com os pais, planeia e implementa o programa de IP, numa situação de partilha e parceria; e (c) uma abordagem teórica sistémica e transaccional com uma prática centrada na família. Finalmente, em relação à: (a) existência de programas individualizados, de acordo com as características da criança e da família, analisadas com base numa avaliação adequada da

situação; e (b) utilização de um currículo desenvolvimental e funcional, que corresponda às necessidades e contextos de vida da criança, práticas de qualidade também referidas por Almeida (2000a), não foi possível verificar em que medida constituem práticas implementadas nas equipas estudadas, pois não foi efectuada análise de conteúdo dos PIAF e dos PEI, constantes nos processos, o que constitui uma limitação do nosso estudo.

De acordo com Bairrão (2003), os modelos teóricos relativos à intervenção precoce devem adequar-se à realidade e cultura do nosso país, tal como as práticas dos diferentes programas se devem adequar às comunidades que servem, promovendo a participação das famílias e uma efectiva coordenação entre serviços e recursos locais. Os resultados do presente estudo poderão contribuir para uma reflexão acerca da medida em que tais concepções teóricas, bem como normativos legais que procuram regulamentá-las, correspondem a práticas efectivamente implementadas, traduzindo a apropriação das mesmas pelos profissionais.

Considerando que a realização de uma investigação participada, tal como proposto por Turnbull, Friesen e Ramirez (1998), poderá diminuir a distância que, neste momento, separa os “investigadores” dos “práticos” e contribuir para uma melhoria efectiva da prestação de serviços em intervenção precoce, esperamos que a divulgação dos dados deste estudo, nomeadamente os referentes à avaliação da qualidade dos programas, junto dos profissionais no terreno e dos coordenadores, bem como dos decisores políticos, possa contribuir para a melhoria dos serviços de uma forma global. Os resultados poderão ser igualmente válidos na identificação de necessidades de formação, bem como constituírem uma estratégia eficaz para a formação em serviço dos profissionais, o que contribuirá certamente para a melhoria das suas práticas.

*Como afirma Bourdieu, é com frequência  
o “hábito” que determina o que as pessoas fazem.  
Elas fazem o que podem, nem sempre o que devem.*

Stephen von Tetzchner



# **Capítulo IV**

**Qualidade das Práticas: Conclusões e Implicações**



## 1. Implicações para a prática

A maioria das abordagens em intervenção precoce é conceptualizada com base em modelos de desenvolvimento e situa os programas específicos de intervenção precoce em políticas mais vastas para a comunidade e apoio familiar. É reconhecido que, mesmo em casos de crianças com necessidades desenvolvimentais muito complexas que obrigam a apoios específicos e directos, elas e as suas famílias precisam, para além disso, de intervenções que tenham em conta o desenvolvimento global da criança e que promovam a qualidade de vida da família. Estabelecer um modelo inclusivo de intervenção precoce, que integre saúde, apoio social e educação com um protocolo comum, tem sido desafiante.

Nos contextos educativos tradicionais os profissionais são considerados os “peritos”, sendo o seu papel principal o de providenciarem intervenções para a criança. Contudo, a investigação sugere que esta abordagem, geralmente, não é suficiente nem a mais adequada no trabalho com famílias. Tal como refere Bailey (1991, 2001), a nível da intervenção precoce, as boas práticas, hoje, vêem as famílias como consumidores de serviços, capazes de escolher o seu envolvimento, os papéis que assumem e os serviços que querem receber.

Esta perspectiva é difícil de ser adoptada pelos profissionais, mas o seu trabalho numa perspectiva de intervenção centrada na família tem evoluído e é hoje consensual que as soluções devem servir as famílias em vez de lhes serem impostas. Nos anos recentes, os profissionais começam a considerar o seu papel como consultores junto das famílias e fazem recomendações, mas não tomam decisões finais. Este novo papel de consultores obriga os profissionais a uma mudança significativa na sua abordagem, abandonando o papel de decisores e prestadores directos de cuidados à criança, sendo necessário que adquiriram competências para responder às necessidades das famílias, sendo capazes de as escutar e respeitar as suas decisões e cooperar com outros profissionais quer do seu próprio serviço quer de outras estruturas da comunidade.

No âmbito de uma abordagem de Intervenção Precoce centrada na família e na comunidade, os resultados da investigação realçam a relevância da colaboração entre profissionais, pelo que será importante desenvolver programas de formação que contribuam para a estruturação de equipas eficazes que assentem na colaboração transdisciplinar, tal como preconiza Winton (2000).

Um dos padrões de qualidade dos serviços de intervenção precoce é, sem dúvida, a formação dos profissionais, por um lado a formação inicial (com o objectivo de delimitar qualificações e perfis de competências) e por outro a formação especializada (com o intuito de formar profissionais altamente especializados e qualificados em IP). Muitos profissionais acreditam que mais importante do que cursos formais, é a formação em serviço que é útil para o seu desenvolvimento profissional. De facto, para ser eficaz, este deve envolver os participantes na aprendizagem, prática e reflexão. Para além disso, como referem Sawyer e Campbell (2009), o desenvolvimento profissional deve ser implementado e avaliado de modo a que os profissionais tenham oportunidade de aferir as suas crenças face às práticas internacionalmente recomendadas.

Para além de formação, a monitorização e supervisão das práticas no sentido de garantir o enfoque adequado dos casos, a reflexão e a actualização contínuas é também determinante para a prestação de serviços de qualidade: “uma formação em serviço prestada através de uma supervisão bem organizada e estruturada poderá dar um grande contributo a nível da qualidade das práticas” (Bairrão & Almeida, 2003, p. 25).

Essa supervisão deveria tornar-se o contexto em que os profissionais poderiam reflectir regularmente sobre as suas práticas, sendo para isso necessário algum distanciamento em relação ao trabalho imediato para “pensar sobre o seu significado, como se sentem, e o que vem a seguir” (Buysse & Wesley, 2006, p.239). Em momentos de significativa inovação e mudança, é particularmente importante que se criem oportunidades de expressar dúvidas, de se examinarem as possíveis consequências positivas ou negativas de determinada decisão ou acção, e de se colocarem questões que possibilitem a

análise dos valores e das crenças em relação a determinados acontecimentos. O normativo legal que enquadra actualmente a Intervenção Precoce na Infância no nosso país (Decreto-lei nº 281/2009) determina, no seu articulado, que, entre outras funções, compete às subcomissões de coordenação regionais, integrar núcleos de supervisão técnica constituídos por profissionais de varias áreas de intervenção (acção social, saúde e educação), com formação e reconhecida experiência na área da IPI, podendo para o efeito ser convidadas personalidades das áreas científica e académica. Espera-se que a regulamentação da lei possa vir a criar condições para que este esquema de supervisão possa ser, de facto, implementado.

Analisando globalmente os dados obtidos no nosso estudo, verifica-se que muitas das práticas implementadas, no que diz respeito aos níveis de actuação da “comunidade” e da “criança” e, parcialmente, do “serviço”, cumprem os indicadores de qualidade preconizados para os diferentes níveis de actuação em intervenção precoce na infância. No entanto, ao nível da “família” e do “programa de intervenção precoce”, deve incrementar-se a sistematização de algumas práticas não consolidadas, assim como promover a implementação de procedimentos ainda não estabelecidos no domínio do “serviço de intervenção precoce”.

Os resultados apontam como relevante a necessidade de: (a) impulsionar a prevenção, generalizar os programas de base comunitária, estabelecer critérios de selecção das crianças que devem ser atendidas e evitar a sobre-intervenção nas famílias; (b) formar equipas cooperativas que não só partilhem informação, mas que organizem as suas actuações trabalhando em transdisciplinaridade; (c) sistematizar os processos de elaboração dos programas individuais de apoio; d) estabelecer e implementar procedimentos regulares de registo da evolução das situações, de participação da família na programação das intervenções, de avaliação dos serviços, da satisfação da família e dos resultados conseguidos.

No âmbito da prevenção primária e secundária, e de acordo com a Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana

(GAT, 2005) as equipas deverão incluir, no seu plano de actuação: (a) acções com o objectivo de sensibilizar a população em geral e os serviços da comunidade (as unidades de saúde, serviços sociais, creches e jardins de infância), para aspectos relacionados com o desenvolvimento infantil; (b) acções dirigidas a famílias e futuros pais, no sentido de divulgar informação e orientação para se evitarem riscos no desenvolvimento da criança; e (c) acções dirigidas a profissionais (saúde, serviços sociais, educação) que estão em situação privilegiada no relacionamento com os pais e podem ser os primeiros agentes de promoção da saúde e educação da criança e detectar possíveis alterações no desenvolvimento normal.

A prevenção a nível primário pode, também, realizar-se através de intervenções (individuais ou em grupos de apoio) dirigidas aos contextos de risco ambiental, assim como através de programas comunitários dirigidos a promover o bem-estar e a saúde na primeira infância. A nível de prevenção secundária, e actuando nos contextos com factores de risco ambiental, podem detectar-se situações familiares e sociais com maior prevalência de situações de alterações no desenvolvimento.

Uma das principais características de qualidade dos programas de intervenção precoce é a coordenação e integração dos serviços para dar resposta às necessidades das crianças e das suas famílias (Dunst, 2004). Se esta coordenação e integração não forem efectivas, haverá certamente dificuldades na implementação do Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP), nomeadamente no que toca à mobilização de recursos para o apoio à vida familiar. Esta mobilização de recursos, por sua vez, implica uma verdadeira articulação interinstitucional, nomeadamente na intervenção com famílias multiproblemáticas (como por exemplo, situações de famílias numerosas, maternidade na adolescência, toxicoddependência, violência familiar, isolamento social, entre outras), situações em que há com alguma frequência envolvimento de diferentes serviços (por exemplo, Segurança Social, Comissão de Protecção de Crianças e Jovens, Centro de Acolhimento Temporário, Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental, entre outros).

Quer nas situações de prevenção secundária, quer terciária, para a qualidade do apoio prestado, é determinante que exista uma eficaz articulação dos diferentes profissionais e serviços envolvidos no programa de intervenção, de forma a haver uma rentabilização de esforços, sem sobreposições, mas antes em função de um trabalho que visa objectivos comuns. Grande parte da actividade dos profissionais terá que ser desenvolvida nos contextos de vida da criança, atendendo às preocupações das famílias e em colaboração com outros profissionais. E, por isso, tal como refere Ponte (2004), será necessário contar com instrumentos partilhados e reconhecidos por todos, para avaliar e homologar os progressos e as dificuldades. Assim, os profissionais que trabalham em diferentes programas de intervenção deverão partilhar experiências, formação e informação, sendo necessário estabelecer um controlo mais rigoroso da utilidade da sua intervenção e da evolução da situação.

Um modelo de trabalho transdisciplinar, como actualmente se recomenda em intervenção precoce, bem como a consolidação de procedimentos de programação e intervenção, “passando de um grande número de situações de simples estimulação precoce a uma verdadeira Intervenção Precoce” (Bairrão & Almeida, 2003, p.24), implica alguma estabilidade na constituição das equipas, o que, entre nós, continua a não estar assegurado. Assim, seria importante que fossem criados mecanismos de colocação dos profissionais que permitissem maior estabilidade, de modo a que as equipas pudessem consolidar práticas de maior qualidade. Esta é uma preocupação que aumentou significativamente, sendo cada vez mais os serviços que procuram estruturar o seu funcionamento de acordo com as orientações reguladoras para a certificação de qualidade. Apesar dos enormes ganhos há, ainda, muito trabalho para que as crianças em risco possam superar as diferentes adversidades a que são sujeitas.

De facto, e como verificamos no presente estudo, embora os profissionais tenham uma percepção relativamente às suas práticas que já se aproxima, em alguns aspectos, de abordagens centradas na família e na

comunidade, nem sempre esta percepção coincide com aquilo que no terreno conseguem implementar.

As exigências que se colocam para que a intervenção precoce seja uma prestação de serviços eficaz e para que cumpra efectivamente os seus objectivos de prevenção e promoção de competências nas crianças e famílias, implicam mudanças, como refere Felgueiras (2000, p. 27) “quer ao nível dos valores, das atitudes e das práticas dos profissionais, quer ao nível dos modelos organizativos e de funcionamento interserviços, quer ainda ao nível da formação dos profissionais”.

*É necessário que cientistas, políticos, gestores e líderes comunitários, profissionais e pais trabalhem juntos para identificar e sustentar políticas e práticas que sejam eficazes, implementar novas estratégias que substituam aquelas que não estão a atingir os seus objectivos, e considerar novas abordagens para atingir novas metas sempre que necessário.*

Jack Shonkoff & Deborah Phillips (2000)

## 2. Implicações para a investigação

A implementação de diferentes modelos de intervenção precoce requer controlo de qualidade e é necessária investigação sobre estratégias de disseminação de boas práticas, para que, de um modo eficaz, se possa transpor o conhecimento da investigação para a prática. A implementação dos programas de IP deverá decorrer da investigação, nomeadamente através da realização de estudos dos quais se possam tirar consequências directas para a melhoria de futuras intervenções. Durante muito tempo, a investigação centrou-se em demonstrar a eficácia da intervenção. Ainda que continue a ser importante demonstrar a eficácia dos diferentes modelos de intervenção, será também necessário analisar as formas mais eficazes de coordenar e organizar os diferentes serviços para que actuem de modo integrado.

No futuro, deverá ser sobretudo alargado o estudo relativo ao enquadramento das práticas baseadas na evidência, como definidas por Buysse e Wesley (2005). Este objectivo só será atingido se for desenvolvida uma maior articulação entre os profissionais no terreno e as instituições de ensino superior. Tal como refere Feldman (2004), as equipas e serviços de intervenção precoce, bem como os centros de investigação, deverão continuar a providenciar informação acessível e útil baseada na evidência.

Decorrente do que atrás foi dito, consideramos ser necessário, nas diferentes etapas de formação, incentivar atitudes positivas para a investigação. Igualmente importante será fomentar, entre os profissionais, o espírito crítico que os leve a sentir a necessidade de comparar empiricamente diferentes paradigmas de intervenção, e a terem a preocupação de conhecer e pôr em prática os modelos cuja eficácia foi demonstrada.

As instituições de ensino superior deverão, assim, desenvolver métodos efectivos para integrar a abordagem baseada na evidência nos seus planos de estudo, ajudar os estudantes a adquirir conhecimentos e competências requeridas para pesquisar, com base na documentação dos resultados dos

programas de intervenção a diferentes níveis ao longo do tempo, e aprender a aplicar diversas fontes de informação e fomentar experiências no terreno. A eficácia das diferentes abordagens para o desenvolvimento profissional em intervenção precoce necessita de ser sistematicamente avaliada (Winton, 2006), numa linha de investigação que garanta que a formação decorra, também, de práticas baseadas na evidência.

Promover a cooperação entre investigadores no domínio da psicologia do desenvolvimento e da educação e os profissionais no terreno será vantajoso para ambas as partes. Os profissionais pensam muitas vezes que a investigação científica não é relevante para o seu trabalho do dia-a-dia. Assim, é importante realizar estudos relativos a questões que emergem das práticas e, simultaneamente, é preciso devolver os resultados da investigação aos profissionais do terreno.

A realização de acções de formação, contínua e especializada, que respondam às necessidades de formação dos profissionais e à exigência de uma prática supervisionada é uma condição básica para a organização de serviços qualificados. Nesse sentido, as instituições de formação deveriam assegurar que já a nível da formação inicial dos profissionais das áreas da saúde, educação e acção social (medicina, enfermagem, terapia da fala, terapia ocupacional, fisioterapia, psicologia, pedagogia, serviço social), houvesse conteúdos comuns, numa perspectiva integrada de intervenção precoce, para além da especificidade de cada área disciplinar.

Para poder desenvolver efectivamente um programa de formação em Intervenção Precoce, através de cursos de especialização e de pós-graduação, estes têm que ser acessíveis às diferentes disciplinas requeridas para a estruturação de uma equipa interdisciplinar com estas características. As administrações públicas têm que estabelecer linhas de financiamento para facilitar o acesso a este tipo de formação. As universidades devem assumir este repto formativo, já que é uma peça chave para oferecer à sociedade uma intervenção de qualidade em Intervenção Precoce (GAT, 2005, p. 46).

Tal como refere Valcarce (2006), deve também continuar-se a investigar no controlo dos factores de risco, no diagnóstico precoce, no encaminhamento oportuno e na melhoria das acções preventivas. Só assim será possível minimizar os efeitos de factores de risco biológicos, psicológicos, sociais e educativos e potenciar a capacidade de desenvolvimento das crianças nos primeiros anos de vida, assim como o bem-estar e a qualidade de vida das suas famílias. Para além dos potenciais benefícios para as políticas dirigidas à infância, o enquadramento biodesenvolvimental proposto por Shonkoff (2010) alerta os decisores políticos para a particular importância de serem consideradas as necessidades daqueles que são mais desfavorecidos nas primeiras idades. Os elementos básicos deste enquadramento providenciam o *andaime* para o desenho de investigações futuras sobre o processo de desenvolvimento humano, bem como para uma nova era das políticas em intervenção precoce na infância focalizadas nos factores de adversidade e em estratégias de intervenção inovadoras.

O estudo por nós realizado tem as limitações e dificuldades próprias de uma investigação no domínio da intervenção precoce. Alguns dos problemas têm uma natureza meramente metodológica que, como já referimos, deveríamos ter sido capazes de solucionar. Apesar disso, procurámos melhorar a consistência dos resultados, complementando a autoavaliação dos profissionais com a documentação dos procedimentos, baseada na análise dos registos nos processos e observação das práticas. Tal como refere Shonkoff (2003), a avaliação realizada pelos investigadores precisa de adoptar padrões de qualidade que assegurem desenhos de estudo rigorosos e apropriados e que prestem maior atenção à implementação efectiva dos programas.

Conceptualmente, acreditamos que o *Guia de Padrões de Qualidade em Intervenção Precoce* constitui um instrumento de avaliação da qualidade eficaz. Em primeiro lugar, reflecte os princípios chave e valores da intervenção precoce, incluindo a intervenção centrada na família, tendo os pais como decisores, operacionalizando, ainda, aspectos fundamentais para uma efectiva coordenação e colaboração entre serviços. Admitimos que esta forma de

recolha de informação tem, no entanto, algumas limitações: as percepções dos profissionais sobre as suas práticas são muitas vezes subjectivas, dependentes do papel desempenhado, das responsabilidades e experiências anteriores, e deseabilidade social; no compromisso de ser abrangente, enquadra os principais níveis de actuação em intervenção precoce operacionalizando-os com detalhe, de forma a reflectir as práticas do programa, mas é demasiado extenso. Contudo, apesar das suas limitações, pensamos que poderá ser um contributo neste campo, pois não dispomos, em Portugal, de instrumentos validados para a avaliação dos programas de intervenção precoce. A utilização deste *Guia*, no âmbito das equipas e dos serviços de intervenção precoce, poderá, a partir de agora, enquadrar a discussão relativa à definição do que se consideram práticas de qualidade, níveis de implementação e estratégias para a sua avaliação e promoção.

O número de participantes nesta investigação, a nível da autoavaliação, corresponde à totalidade dos profissionais de IP no distrito de Portalegre no momento da recolha de dados (2006/2007). Relativamente à observação das práticas, e como já referimos, os dados reportam-se a 50% dos profissionais das equipas de intervenção directa, mantendo a proporcionalidade das diversas áreas disciplinares. Pode assim considerar-se que os dados representam o que, à data, ocorria no distrito de Portalegre. Qualquer generalização para o contexto nacional será, por isso, impossível.

Inicialmente tínhamos pensado incluir neste estudo a análise da forma como as famílias experienciam os serviços que lhe são prestados. No entanto, não dispusemos de meios para concretizar esse nosso objectivo, o que consideramos uma limitação importante deste trabalho. O confronto da experiência vivida das famílias, das percepções dos profissionais e das práticas efectivamente implementadas daria uma visão mais completa da realidade da intervenção precoce no nosso país. Este objectivo, no entanto, transcende claramente as possibilidades de um trabalho individual de doutoramento, mas poderia constituir-se como uma meta para o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância.

A lei (IDEA) foi fundamentada em resultados da investigação que demonstraram o poder e a necessidade de providenciar serviços para crianças com incapacidades e atrasos no desenvolvimento nas primeiras idades e suas famílias. Apesar de continuar a haver muito para aprender sobre que tipo de serviços são mais adequados para diferentes tipos de crianças e famílias, os dados da investigação já existente demonstram claramente a necessidade de intervir precocemente para capacitar crianças com incapacidades e atrasos no desenvolvimento a atingir o seu potencial (SRI International, 2007, p.4).

Os dados da investigação deveriam constituir a base da definição de linhas orientadoras e de normativos legais, o que no nosso país não é realidade. O desafio da intervenção precoce, entre nós, será o de encontrar caminhos que, de modo autêntico, integrem as perspectivas internacionais com as experiências e prioridades das famílias e dos profissionais portugueses.



## **Referências**



- AGAT (2004). *Early intervention quality standards guide. Self-evaluation form*. Vigo: Asociación Galega de Atención Temperá.
- Agência Europeia para o Desenvolvimento em Necessidades Educativas Especiais (2003). *Necessidades educativas especiais na Europa*. [Acedido em 13 de Outubro de 2005, em: [http://www.european-agency.org/publications/ereports/special-education/sne\\_europe\\_pt](http://www.european-agency.org/publications/ereports/special-education/sne_europe_pt)].
- Almeida, I. C. (2000a). Evolução das teorias e modelos de intervenção precoce – caracterização de uma prática de qualidade. *Cadernos CEACF*, 15/16, pp. 29-46.
- Almeida, I. C. (2000b). A importância da intervenção precoce no actual contexto socioeducativo. *Cadernos CEACF*, 15/16, pp. 55-74.
- Almeida, I. C. (2008). *Estudos sobre a intervenção precoce em Portugal: ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias*. Lisboa: Instituto Nacional para a Reabilitação.
- Almeida, L. (2003). *Metodologia da investigação em psicologia da educação*. Braga: Psiquilibrios.
- Aytch, L. S., Castro, D. C., & Selz-Campbell, L. (2004). Early intervention services assessment scale – conceptualization and development of a program quality self-assessment instrument. *Infants and Young Children*, 17, 3, 236-246.
- Bagnato, S. J. (2007). *Authentic assessment for early childhood intervention: best practices*. New York: The Guilford Press.
- Bailey, D. B. (1991). Building positive relationships between professionals and families. In M. McGonigel, R. Kaufmann & B. Johnson (eds.) *Guidelines and recommended practices for the individualized family service plan* (pp.29-38). Bethesda, MD: Association for the Care of Children's Health.
- Bailey, D. B. (2001). Evaluating parent involvement and family support in early intervention and preschool programs. *Journal of Early Intervention*, 24 (1), 1-14.

- Bailey, D. B., & Wolery, M. (1992). *Teaching infants and preschoolers with disabilities*. New York: Macmillan Publishing Company.
- Bailey, D. B., & Wolery, M. (2002). *FPG director testifies before presidential commission: Part 1 and Part 2* [Acedido em: <http://www.fpg.unc.edu/MediaInfo/pr/detail.cfm?PressreleaseD=83>].
- Bailey, D. B., McWilliam, R. A., Darkes, L. A., Hebbeler, K., Simeonsson, R. J., Spiker, D., & Wagner, M. (1998). Family outcomes in early intervention: a framework for program evaluation and efficacy research. *Exceptional Children*, 64, 3, 313-328.
- Bairrão, J. (2003). Tendências actuais em intervenção precoce. *Psicologia*, XVII (1), 7-13.
- Bairrão, J. (2006). Intervenção Precoce – Mayday, Mayday. *Jornal de Letras*, 22 Novembro – 5 Dezembro, pp. 8-9.
- Bairrão, J., & Almeida, I. C. (2002). *Contributos para o estudo das práticas de intervenção precoce em Portugal*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Bairrão, J., & Almeida, I. C. (2003). Questões actuais em intervenção precoce. *Psicologia*, XVII (1), 15-29.
- Bell, J. (2004). *Como realizar um projecto de investigação: um guia para a pesquisa em ciências sociais e da educação*. Lisboa: Gradiva.
- Belsky, J., & Pluess, M. (2009). The nature (and nurture?) of plasticity in early human development [Versão electrónica]. *Perspectives on Psychological Science*, 4, 345-351.
- Bjorck-Akesson, E., & Granlund, M. (2003). Creating a team around the child through professionals' continuing education: Sweden. In S. L. Odom (ed.). *Early intervention practices around the world* (pp.171-190). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Bjorck-Akesson, E., & Granlund, M. (1995). Family involvement in assessment and intervention: perceptions of professionals and parents in Sweden. *Exceptional Children*, 61, 6, 520-535.

- Boavida, J., & Borges, L. (2004). Community involvement in early intervention: A Portuguese perspective. *Infants and Young Children*, 7(1), 42-50.
- Boavida, J., & Carvalho, L., Espe-Sherwindt, M. (2009). Early childhood intervention in Portugal: interplay of family centered, community based and interdisciplinary factors. In B. Carpenter, J. Schloesser & J. Egerton (eds.). *European developments in early childhood intervention*. Eurlayid Publication [Acedido em 15 de Setembro de 2010 em: [http://www.eurlayid.net/eurlayid\\_european%20developments0.html](http://www.eurlayid.net/eurlayid_european%20developments0.html)].
- Breia, G., Almeida, I. C., & Colôa, J. (2004). *Conceitos e práticas em intervenção precoce*. Lisboa: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular.
- Bronfenbrenner, U. (2005). The bioecological theory of human development. In U. Bronfenbrenner (ed). *Making Human Beings Human: Bioecological Perspectives on Human Development* (pp.3-15). London: Sage Publications.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In W. Damon & R. M. Lerner (eds.) *Handbook of Child Psychology: Theoretical models of human development* (pp. 793-828). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Brooks-Gunn, J., Berlin, L. J., & Fuligni, A. S. (2000). Early childhood intervention programs: what about the family. In J. P Shonkoff & S. J. Meisels (eds.) *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp.549-588). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bruder, M. B. (1997). The effectiveness of specific educational/developmental curricula for children with established disabilities. In M. J. Guralnick (ed.) *The effectiveness of early intervention* (pp.523-548). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Bruder, M. B. (2000). Family-centered early intervention: Clarifying our values for the new millennium. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20 (2), 105-115.

- Buysse, V., & Wesley, P. (2005). *Consultation in early childhood settings*. London: Paul H. Brookes Publishing.
- Buysse, V., & Wesley, P. (2006). Making sense of evidence-based practice: reflections and recommendations. In V. Buysse e P. Wesley (eds.) *Evidence-based practice in the early childhood field* (pp.227-249). Washington: Zero to Three.
- Campbell, P., & Halbert, J. (2002). Between research and practice: provider perspectives on early intervention [Versão electrónica]. *Topics in Early Childhood Special Education, TECSE* 22:4, 211-224.
- Carpenter, B. (2005). Early childhood intervention: possibilities and prospects for professionals, families and children. *British Journal of Special Education*, 32, 4, 176-183.
- Carpenter, B. (2007). The impetus for family-centred early childhood intervention. *Child: care, health and development*, 33, 6, 664–669.
- Carpenter, B., & Russell, P. (2005). Early intervention in the United Kingdom, current policy and practice. In M. J. Guralnick, (Ed). *The developmental systems approach to early intervention* (pp.455-479). London: Paul H. Brookes Publishing.
- Carpenter, B., Blackburn, C., & Egerton, J. (2009). Introduction. In B. Carpenter, J. Schloesser & J. Egerton (eds.). *European developments in early childhood intervention*. [Acedido em 15 de Setembro 2010 em: [http://www.eurlyaid.net/eurlyaid\\_european%20developments 0.html](http://www.eurlyaid.net/eurlyaid_european%20developments%200.html)].
- Conselho da Europa (2006). *Recomendação do Comité de Ministros aos Estados Membros sobre o Plano de Acção do Conselho da Europa para se promover os direitos das pessoas com deficiência/incapacidade e a sua total participação na sociedade: melhorando a sua qualidade de vida na Europa de 2006-2015*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Coutinho, T. B. (2003). Formação parental: avaliação do impacte na família. *Psicologia*, XVII (1), 227-244.

- Coutinho, T. B. (2004). Apoio à família e formação parental. *Análise Psicológica*. 1 (XXII), 55-64.
- Creswell, J. (2003). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approach*. London: SAGE.
- Cruz, A. I. (Coord.) (2003). *Avaliação da satisfação das famílias apoiadas pelo PIIP: resultados da aplicação da ESFIP*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Dahlberg, G.; Moss, P.; Pence, A. (2003). *Qualidade na Educação da Primeira Infância – perspectivas pós-modernas*. Porto Alegre: Artmed.
- Decreto-Lei n.º 281/2009. *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 193, de 6 de Outubro de 2009. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Decreto-lei n.º 3/2008. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 4, de 7 de Janeiro de 2008. Lisboa: Ministério da Educação.
- Despacho Conjunto n.º 891/99. *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 244, de 19 de Outubro de 1999. Lisboa: Ministério da Educação, Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade.
- Detraux, J., & Thirion, A. (2010). Early childhood intervention in Belgium (French speaking community): family needs, standards and challenges [Versão electrónica]. *International Journal of Early Childhood Special Education (INT-JECSE)* 2 (2), 87-96.
- Dias, J. C., & Rodrigues, D. (2006). Os processos de interação e comunicação nas equipas de intervenção precoce: Contributos para a organização de um apoio integrado. In D. Rodrigues (org.) *Investigação em educação inclusiva*. (pp.111-136). Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Dimova, A. (2005). Ensino profissional nos sistemas de intervenção precoce na Europa. Projecto EBIFF, Programa Leonardo da Vinci & Ministério da Cultura, da Ciência e da Educação da Áustria. [Acedido em 11 de Maio de 2009, em: <http://www.cercimor.pt/maria/EBIFF.pdf>].

- Dinnebeil, L. A., Miller, P. S., & Stayton, V. D. (Eds.) (2002). *DEC personnel preparation in early childhood special education: implementing the DEC recommended practices*. Denver: Division of Early Childhood for Exceptional Children.
- Dunst, C. J. (1991). Implementation of the individualized family service plan. In M. McGonigel, R. Kaufmann & B. Johnson (eds.) *Guidelines and recommended practices for the individualized family service plan* (pp.67-78). Maryland: Association for the care of Children's Health.
- Dunst, C. J. (1998a). Apoiar e capacitar famílias em intervenção precoce: o que aprendemos. In L. M. Correia e A. M. Serrano (orgs.) *Envolvimento parental em intervenção precoce, das práticas centradas na criança às práticas centradas na família* (pp.77-92). Porto: Porto Editora.
- Dunst, C. J. (1998b). Corresponsabilização e práticas de ajuda que se revelam eficazes no trabalho com famílias. In L. M. Correia e A. M. Serrano (Orgs.) *Envolvimento parental em intervenção precoce, das práticas centradas na criança às práticas centradas na família* (pp.123-142). Porto: Porto Editora.
- Dunst, C. J. (2004). Revisiting "rethinking early intervention". In M. A. Feldman (ed.), *Early intervention the essential readings*, (pp.262-283). Oxford: Blackwell Pub. Ltd.
- Dunst, C. J., & Bruder, M. B. (2002). Valued outcomes of service coordination, early intervention and natural environments. *Exceptional Children*, 68, 3, 361-375.
- Dunst, C. J., Bruder, M. B., Trivette, C. M., & Hamby, W. D. (2006). Everyday activity settings, natural learning environments, and early intervention practices. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 1 (3), 3-10.
- Dunst, C. J., Johanson, C., Trivette, C. M., & Hamby, W. D. (1991). Family-oriented early intervention policies and practices: family-centred or not? *Exceptional Children*, 58, 115-126.

- Eloff, I., Maree , J. G., & Ebersöhn, L. (2006). Some thoughts on the perceptions of the role of educational psychologists in early childhood intervention [Versão electrónica]. *Early Child Development and Care*, 176, No. 2, 111–127.
- Equipa Regional de Intervenção Precoce do Alentejo (2006). *Relatório de Actividades* [Documento não publicado].
- Equipa Regional de Intervenção Precoce do Alentejo (2007). *Relatório de Actividades* [Documento não publicado].
- Eurlyaid (2009). *European developments in early childhood intervention*. The European Association on Early Intervention [Acedido em 15 de Setembro de 2010 em: <http://www.eurlyaid.net/>].
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT) (2005a). *Libro blanco de la atención temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT) (2005b). *Organización diagnóstica para la atención temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT) (2005c). *Recomendaciones técnicas para el desarrollo de la atención temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Feldman, M. A. (2004). The future of early intervention: research and practice. In M. A. Feldman (ed.), *Early intervention the essential readings* (pp.339-346). Oxford: Blackwell Pub. Ltd.
- Felgueiras, I. (2000). Perspectivas actuais sobre intervenção precoce – Relato do Simpósio “Excellence in Early Childhood Intervention”. *Cadernos CEACF*, 15/16, pp.7-28.

- Flick, U. (2005). Métodos qualitativos na investigação científica. Lisboa: Monitor.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage Publications.
- Fox, N. A., & Rutter, M. (2010). Introduction to the special section on the effects of early experience on development [Versão electrónica]. *Child Development*, 81 (1), 23-27.
- Franco, V. (2007). Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipe em intervenção precoce. *Interação em Psicologia*, 11 (1), 113-121.
- Franco, V., & Apolónio, A. M. (2008). *Avaliação do impacto da intervenção precoce no Alentejo – criança, família e comunidade*. Évora: Administração Regional de Saúde do Alentejo.
- Gallagher, R. J., & Tramill, J. L. (1998). Para além da parte H: implicações da legislação de intervenção precoce na organização de parcerias de colaboração escola/comunidade. In L. M. Correia & A. M. Serrano (Orgs.) *Envolvimento parental em intervenção precoce, das práticas centradas na criança às práticas centradas na família* (pp.33-64). Porto: Porto Editora.
- Gallagher, R. J., LaMontagne, M. J., & Johnson, L.J. (1998). Intervenção precoce: um desafio à colaboração. In L. M. Correia & A. M. Serrano (Orgs.) *Envolvimento parental em intervenção precoce, das práticas centradas na criança às práticas centradas na família* (pp.65-76). Porto: Porto Editora.
- Gamelas, A. M. (2003). *Contributos para o estudo da ecologia de contextos pré-escolares inclusivos*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Goetz, L. D. (2001). Is what you need in early intervention what you get? *Journal of Early Intervention*, 24, 2, 106-108.
- Gray, R., & McCormick, M. C. (2005). Early childhood intervention programs in the US: recent advances and future recommendations [Versão

- electrónica]. *The Journal of Primary Prevention*, 26, No. 3, May 2005, 259-275.
- Gronita, J., Bernardo, A. C., Matos, C., & Marques, J. (2009). *Processo de Construção de Boas Práticas*. Relatório Final [Documento não publicado].
- Guralnick, M. J. (2001a). A developmental systems model for early intervention. *Infants and Young Children*, 14 (2), 1-18.
- Guralnick, M. J. (2001b). *Early childhood inclusion: focus on change*. London: Paul H. Brookes Publishing.
- Guralnick, M. J. (2004). Effectiveness of early intervention for vulnerable children: a developmental perspective. In M. A. Feldman (ed.), *Early intervention the essential readings* (pp.9-50). Oxford: Blackwell Pub. Ltd.
- Guralnick, M. J. (2005). *The developmental systems approach to early intervention*. London: Paul H. Brookes Publishing.
- Guralnick, M. J. (2008). International perspectives on early intervention: a search for common ground [Versão electrónica]. *Journal of Early Intervention*, 30, 90-101.
- Gutíez, P. (2010). Early childhood intervention in Spain: standard needs and changes. [Versão electrónica] *International Journal of Early Childhood Special Education*, 2 (2), 136-148.
- Harbin, G. (2001). Implementing early intervention policy: are we making the grade? *Journal of Early Intervention*, 24, 2, 103-108.
- Hauser-Cram, P., Warfield, M. E., Upshur, C. C., & Weisner, T. S. (2000). An expanded view of program evaluation in early childhood intervention. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (eds.) *Handbook of early childhood intervention* (pp.487-509). Cambridge: Cambridge University Press.
- IMSERSO (2004). *Guía de estándares de calidad en atención temprana – formulario de autoevaluación*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

- Innocenti, M. (2002). Evaluating programs in real time: interpreting puzzle pieces. *Topics in Early Childhood Special Education*, 22:2, 86-90.
- Jensen, B., (2009). A Nordic approach to early childhood education and socially endangered children [Versão electrónica]. *European Early Childhood Education Research Journal*, 17, No. 1, 7–21.
- Johnson, L. J., & LaMontagne, M. J. (1994). Program evaluation: the key to quality programming. In L. J. Johnson, R. J. Gallagher, M. J. Lamontagne, J. B. Jordan, B. June, J. Gallagher, P. L. Hutinger e M. B. Karnes (eds.), *Meeting early intervention challenges* (pp.185-216). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Kaufmann, R. K., Hurth, J. L., & Johnson, B. H. (1991). Future directions for the IFSP. In M. McGonigel, R. Kaufmann & B. Johnson (eds.) *Guidelines and recommended practices for the individualized family service plan* (pp.79-83). Maryland: Association for the care of Children's Health.
- King, G., Strachan, D., Tucker, M., Duwyn, B., Desserud, S., & Shillington, M. (2009). The application of a transdisciplinary model for early intervention services [Versão electrónica]. *Infants & Young Children*, 22, No. 3, 211–223.
- Kontos, S., & Diamond, K. (2002). Measuring the quality of early intervention services for infants and toddlers: problems and prospects [Versão electrónica]. *International Journal of Disability, Development and Education*, 49 (4), 337-351.
- Lerner, R. M. (2005). Urie Bronfenbrenner: career contributions of the consummate developmental scientist. In U. Bronfenbrenner (ed.) *Making Human Beings Human, Bioecological Perspectives on Human Development* (pp.IX-XVI). London: Sage Publications.
- MacDonald, M. (2007). Developmental theory and post-modern thinking in early childhood education [Versão electrónica]. *Canadian Children Child Study*, 32 (2), 7-10.

- Maroco, J., & Bispo, R. (2003). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Lisboa: Climepsi Editores.
- McGonigel, M., Kaufmann, R., & Johnson, B. (eds.) (1991). *Guidelines and recommended practices for the individualized family service plan*. Bethesda, MD: Association for the Care of Children's Health.
- McWilliam, P. J., Winton, P. J., & Crais, E. R. (2003). *Estratégias práticas para a intervenção centrada na família*. Porto: Porto Editora.
- McWilliam, R. A. (2000). Recommended practices interdisciplinary model. In S. Sandall, M. E. McLean & B. J. Smith (org.). *DEC recommended practices in early intervention /early childhood special education*. Denver: Division of Early Childhood for Exceptional Children.
- McWilliam, R. A. (2003). The Primary-service-provider model for home-and-community-based services. *Psicologia*, XVII (1), 115-135.
- McWilliam, R. A., Lang, L., Vandiviere, P., Angell, R., Collins, L., & Underdown, G. (1995). Satisfaction and struggles: family perceptions of early intervention services. *Journal of Early Intervention*, 19 (1), 43-60.
- McWilliam, R. A., Snyder, P., Harbin, G. L., Porter, P., & Munn, D. (2000). Professionals' and families' perceptions of family-centered practices in infant-toddler services. *Early Education & Development*, 11 (4) 519-538.
- Mendes, E. (2006). Autoavaliação de padrões de qualidade em intervenção precoce. *Seminário Permanente de Intervenção Precoce: instrumentos de avaliação para intervenção precoce adaptados para Portugal* promovido pelo Departamento de Psicologia da Universidade de Évora [Documento não publicado].
- Mendes, E., Pinto, A. I., & Pimentel, J. S. (2010). Qualidade das práticas em intervenção precoce: uma prioridade. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp.3009-3023) [Versão electrónica]. Braga: Universidade do Minho.

- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2006). *Plano Nacional de Acção para a Inclusão 2006-2008*. Lisboa: Ministério do Trabalho e Solidariedade Social.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2007). *Síntese do Relatório do Grupo Interdepartamental sobre “A aplicação do Despacho Conjunto nº 891/99 e desenvolvimento da intervenção precoce”* [Documento não publicado].
- Nações Unidas (1989). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*. UNICEF [Acedido em 22 de Fevereiro de 2009, em: [http://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf)].
- Nações Unidas (1995). *Normas sobre Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiência*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.
- Nações Unidas (2009). *A Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência e protocolo opcional*. Lisboa: Instituto Nacional para a Reabilitação.
- National Association for the Education of Young Children (2003). *Early childhood curriculum, assessment, and program evaluation: building an effective, accountable system in programs for children birth through age 8*. Joint Position Statement [Acedido em 19 de Julho de 2008, em: <http://naecs.crc.uiuc.edu/position/pscape.pdf>].
- National Scientific Council on the Developing Child. (2004). *Young children develop in an environment of relationships*, Working Paper No. 1 [Versão electrónica]. Cambridge: The Center on Developing Child at Harvard University.
- Odom, S., McLean, M., Johnson, L., & LaMontagne, M. (1995). Recommended practices in early childhood special education: Validation and current use. *Journal of Early Intervention*, 19, 1-17.

- Odom, S., & Wolery, M. (2003). A unified theory of practice in early intervention/ early childhood special education: evidence-based practices. *The Journal of Special Education*, 37 (3), 164-173.
- Oliveira, M. (2002). *Seminário de Investigação*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. [Documento não publicado].
- Oliveira, T. (2005). *Teses e dissertações: recomendações para a elaboração e estruturação de trabalhos científicos*. Lisboa: Rh.
- OMS (2005). *Guia do principiante: para uma linguagem comum de funcionalidade, incapacidade e saúde – CIF*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Palliant, J. (2001). *SPSS survival manual: a step by guide to data analysis using*. Buckingham: Open University Press.
- Pereira, A. (2003). *SPSS guia prático de utilização – análise de dados para ciências sociais e psicologia*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pereira, A., & Serrano, A. (2009). Práticas centradas na família em intervenção precoce: um estudo nacional sobre práticas profissionais (pp.4589-4604). *Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia*. Braga: Universidade do Minho.
- Pereiro, M. H. (2000). Contributos para uma análise avaliativa da intervenção precoce – as representações dos profissionais. In F. R. Leitão (Org.). *A intervenção precoce e a criança com síndrome de Down – estudos sobre interacção* (pp.177-202). Porto: Porto Editora.
- Peterander, F. (2000). The best quality cooperation between parents and experts in early intervention. *Infants and Young Children*, 12 (3), 32-45.
- Peterson, C. A. (2002). Reflections on the challenges of program evaluation [Versão electrónica]. *Topics in Early Childhood Special Education*, 22 (2), 82-85.

- Peterson, C. A., Luze, G. J., Eshbaugh, E. M., Jeon, H. J., & Kantz, K. R. (2007). Enhancing parent-child interactions through home visiting: Promising practice or unfulfilled promise? *Journal of Early Intervention*, 29 (2), 119-140.
- Pimentel, J. S. (2003). A escala de intervenção focada na família: estudo da sua validação. *Psicologia*, XVII (1), 179-194.
- Pimentel, J. S. (2005). *Intervenção focada na família: desejo ou realidade*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Pinto, A. I. (2006). *O envolvimento da criança em contexto de creche: os efeitos de características da criança, da qualidade do contexto e das interações educativas*. Tese de Doutoramento apresentada na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Pinto, A. I., Grande, C., Felgueiras, I., Almeida, I. C., Pimentel, J. S., & Novais, I. (no prelo). Intervenção e investigação em idades precoces – o legado de Joaquim Bairrão. *Psicologia*.
- Pinto, A. I., Grande, C., Novais, I., & Bairrão, J. (2005). Interações educador - criança em contexto de creche – uma abordagem qualitativa. In J. Bairrão (coord.) *Desenvolvimento: Contextos Familiares e Educativos* (pp.30-72). Porto: Livpsic.
- Ponte, J. (2006). *La atención temprana en Europa*. Madrid: IMSERSO [Acedido em 18 de Fevereiro de 2007, em: <http://www.seg-social.es/imserso/documentacion/min159/159dossier.pdf>].
- Ponte, J. (coord.) (2004). *Guía de estándares de calidad en atención temprana*. Madrid: IMSERSO, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Portugal, G., & Santos, P. (2003). A abordagem experiencial em intervenção precoce, na formação, supervisão e intervenção. *Psicologia*, XVII (1), 161-177.

- Pretis, M. (2005). A developmental communications model within the early intervention system in Austria. In M. J. Guralnick, (ed). *The developmental systems approach to early intervention*, (pp.425-437). London: Paul H. Brookes Publishing.
- Rantala, A., Uotinen, S., & McWilliam, R. A. (2009). Providing early intervention within natural environments a cross-cultural comparison [Versão electrónica]. *Infants & Young Children*, 22 (2), 119–131.
- Rapport, M. J., McWilliam, R. A., & Smith, B. J. (2004). Practices across disciplines in early intervention: the research base. *Infants and Young Children*, 17 (1), 32-44.
- Ribeiro, J. (2008). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis.
- Sameroff, A. (2009). The transactional model. In A. Sameroff (ed.) *The transactional model of development, how children and contexts shape each other* (pp.3-21). Washington: American Psychological Association.
- Sameroff, A. (2010). A unified theory of development: a dialectic integration of nature and nurture [Versão electrónica]. *Child Development*, 81, 1, 6–22.
- Sameroff, A., & Fiese, B. H. (2000). Transactional regulation: the developmental ecology of early intervention. In J. P Shonkoff & S. J. Meisels (eds.) *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp.135-159). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sandall, S., McLean, M. E., & Smith, B. J. (2005). *DEC recommended practices in early intervention / early childhood special education*. Denver: Division of Early Childhood for Exceptional Children.
- Sawyer, L. B., & Campbell, P. H. (2009). Beliefs About Participation-Based Practices in Early Intervention. *Journal of Early Intervention*, 31, 326-343.
- Scott, S., & McWilliam, R. A. (2003). *Embedded intervention*. National Individualizing Preschool Inclusion Project, Vanderbilt Medical Center [Acedido em 16 de Agosto de 2010 em: [www.IndividualizingInclusion.us](http://www.IndividualizingInclusion.us)].

- Serrano, A. (2008). *Redes sociais de apoio e sua relevância para a intervenção precoce*. Porto: Porto Editora.
- Shonkoff, J. P. (2003). From neurons to neighborhoods: old and new challenges for developmental and behavioral pediatrics [Versão electrónica]. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 24 (1), 70-76.
- Shonkoff, J. P. (2010). Building a new biodevelopmental framework to guide the future of early childhood policy [Versão electrónica]. *Child Development*, 81 (1), 357–367.
- Shonkoff, J. P., & Meisels, S. J. (eds.) (2000). *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Shonkoff, P. J., & Phillips, D. A. (2000) *From neurons to neighborhoods*. Washington DC: Washington Academy Press.
- Silverman, D. (2001). *Interpreting qualitative data: methods for analysing talk, text and interaction*. London: Sage Publications.
- Simeonsson, R. J. (2000). Early childhood intervention: toward a universal manifesto. *Infants and Young Children*, 12 (3), 4-9.
- Simeonsson, R. J., Pereira, S., & Scarborough, A. (2003). Documenting delay and disability in early development with the WHO\_ICF. *Psicologia*, XVII (1), 31-41.
- Skinner, D. (1999). *Qualitative methods in early intervention*. Seminário de Doutorado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto [Documento não publicado].
- Snyder, P. (2006). Best available research evidence: impact on research in early intervention. In V. Buysse e P. Wesley (eds.) *Evidence-based practice in the early childhood field* (pp.35-70). Washington: Zero to Three.
- Sohns, A., Hartung, A., & Camargo, O. K. (2010). The early-aid-system in Germany. [Versão electrónica] *International Journal of Early Childhood Special Education*, 2 (2), 11-123.

- Soriano, V. (2005). *Intervenção precoce na infância: análise das situações na Europa, aspectos-chave e recomendações*. Bruxelas: European Agency for Development in Special Needs Education.
- SRI International (2007). Early Intervention for infants and toddlers with disabilities and their families: participants, services, and outcomes. In K. Hebbler, D. Spiker, D. Bailey, A. Scarborough, S. Mallik, R. Simeonsson, M. Singer, & L. Nelson. *Final report of the National Early Intervention Longitudinal Study (NEILS)*. [Acedido em 26 de Outubro de 2010 em: [www.sri.com/neils/](http://www.sri.com/neils/)].
- Turnbull, A. P., Friesen, B. Y., & Ramirez, C. (1998). Participatory Action Research as a model for conducting family research. *Journal of the Association for Severely Handicapped*, 23, 3, 178-188.
- UNESCO (1994). *Declaração de Salamanca e enquadramento da acção*. Conferência mundial sobre necessidades educativas especiais: acesso e qualidade. Lisboa: Ministério da Educação.
- Valcarce, A. (2006). *Una apuesta decidida por la atención temprana*. Madrid: IMSERSO [Acedido em 18 de Fevereiro de 2007, em: <http://www.seg-social.es/imserso/documentacion/min159/159dossier.pdf>].
- Wachs, T. D. (2000). *Necessary but not sufficient – The respective roles of single and multiple influences on individual development*. Washington: American Psychological Association.
- Warfield, M. E., & Hauser-Cram, P. (2005). Monitoring and evaluation in early intervention programs. In M. J. Guralnick (ed.) *The developmental systems approach to early intervention* (pp.351-372). London: Paul H. Brookes Publishing.
- Wesley, P., & Buysse, V. (2006). Building the evidence base through communities of practice. In V. Buysse e P. Wesley (eds.) *Evidence-based practice in the early childhood field* (pp.161-193). Washington: Zero to Three.

- Wilcox, M. J. (2003). Preâmbulo. In P. J. McWilliam, P. J. Winton & E. Crais (eds.) *Estratégias práticas para a intervenção centrada na família*. Porto: Porto Editora.
- Winton, P. J. (2006). The evidence-based practice movement and its effect on knowledge utilization. In V. Buysse e P. Wesley (eds.) *Evidence-based practice in the early childhood field* (pp.71-115). Washington: Zero to Three.
- Winton, P. J. (2000). Early childhood intervention personnel preparation: Backward mapping for future planning. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20 (2), 87-94.
- Wolery, M. (2000). Recommended Practices in Child-Focused Interventions. In S. Sandall, M. E. McLean & B. J. Smith (org.). *DEC recommended practices in early intervention /early childhood special education* (pp. 29-33). Denver: Division of Early Childhood for Exceptional Children.
- Zygmunt-Fillwalk, E. (2006). The difference a course can make: preservice teachers' perceptions of efficacy in working with families [Versão electrónica]. *Journal of Early Childhood Teacher Education*, 27: 327–342.

# Anexos



**CARACTERIZAÇÃO GERAL DOS SERVIÇOS / EQUIPAS**  
**INTERVENÇÃO PRECOCE**

**ENTIDADE SUPORTE**

**IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPA**

**Designação:**

**Coordenador:**

**Âmbito Geográfico:**

**Endereço Postal:**

**Telefone:**

**Fax:**

**E-mail:**

**RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO**

**Nome:**

**Tel. Directo:**

**E-mail:**

**0. CRIAÇÃO DA EQUIPA**

**Início de Actividade** (Assinale o período em que a vossa equipa iniciou o serviço/ projecto de intervenção precoce)

96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 1. CARACTERIZAÇÃO DO PROGRAMA

**1.1. Capacidade de atendimento** (Indique o número total de **casos** – crianças/famílias apoiados pelo serviço/equipa em 2005/2006)

- a) Número total de casos directamente apoiados pelo serviço/equipa:
- b) Número de casos apoiados para além do total previsto no acordo:
- c) Número de casos já sinalizados à equipa mas que aguardam resposta:

**1.2. Tipo de Financiamento** (Assinale a situação em que se enquadra a verba recebida para funcionamento do serviço/equipa, **podendo assinalar mais do que uma coluna**)

Disp.Conj 891/99	Segurança Social	Portaria 1102/97	Ser Criança	ONG	Pais	Outra a)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a) Especifique:

**1.3. Tipo de Parcerias** (Assinale a situação em que se enquadra o serviço/equipa, **podendo assinalar mais do que uma coluna**)

	Educação	S. Social	Saúde	Autarquia	ONG	Outra a)
Parceria Formal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parceria Não Formal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a) Especifique:

**1.4. Coordenação Distrital** (Assinale se os serviços/equipas no seu distrito estão, de alguma forma, coordenados e, se sim, indique o organismo que tutela a coordenação)

Coordenação		Educação	S. Social	Saúde	Autarquia	ONG	Outra a)
Não	Sim						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a) Especifique:

**2. CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA**

**2.1. Profissionais** (Indique, usando **uma linha** para **cada um** dos **profissionais**, em que situação se enquadram os elementos da equipa em cada um dos itens)

Categoria Profissional	Intervenção Directa	Vinculo Laboral				Horário		Financiamento					
		Destacado	Contratado	Prest. Serviços	Sem Vinculo	Tempo Completo	Tempo Parcial	M. Educação	S. Social	M. Saúde	Autarquia	ONG	Outro a)
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											



**3. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO**

**3.1. Casos Atendidos** (Indique o número total de famílias com crianças nas seguintes situações, considerando aquela que determina maior limitação ou risco ao nível do desenvolvimento da criança, atendidas em 2005/2006 e que se prevê manterem o apoio)

Condição Estabelecida Idade em 31/12/2005	Audição	Visão	Audição e Visão	Motor	Cognitivo	Emocional	Comunicação e Linguagem	Multideficiência	Perturbação Desenv. Global
0 a 2 anos									
3 a 5 anos									
+ 6 anos									

Risco Biológico Idade em 31/12/2005	Prematuridade Baixo Peso	Convulsões Neonatais	Asfixia severa	Disfunção Neurológica	Síndrome Malformativa	Alterações Metabólicas	Doenças Transmissão	Saúde Física	Outro a)
0 a 2 anos									
3 a 5 anos									
+ 6 anos									

a) Especifique:

Risco Ambiental Idade em 31/12/2005	Pais com Deficiência	Mãe Adolescente	Família Disfuncional	Maus-tratos	Privação económica	Alcoolismo Toxicodepend.	Prostituição	Pais Reclusos	Outro b)
0 a 2 anos									
3 a 5 anos									
+ 6 anos									

b) Especifique:

#### 4. CARACTERIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO

**4.1 Contexto** (Indique o **total** de casos, atendidos em 2005/2006 e que se prevê manterem o apoio, em função do local onde se realiza o atendimento)

Local	Domicílio	Ama	Creche / J. Infância	Sede do Serviço	Misto a)	Outro b)
Número de casos						

a) Especifique:

b) Especifique:

**4.2 Frequência** (Indique o **total** de casos, atendidos em 2005/2006 e que se prevê manterem o apoio, em função da periodicidade em que o apoio é prestado)

Periodicidade	Bi-Semanal	Tri-Semanal	Semanal	Quinzenal	Mensal	Outra a)
Número de casos						

a) Especifique:

#### 5. CARACTERIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO

**5.1. Tipo de avaliação** (Assinale a situação em que se enquadra a avaliação do serviço/equipa, podendo assinalar mais do que uma coluna)

Interna		Externa		Entidade avaliadora		
Pontual	Regular	Pontual	Regular	Serviço Financiador	Universidade ESE	Outra a)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a) Especifique:

**5.2. Forma de avaliação** (Assinale a situação em que se enquadra a avaliação do serviço/equipa, podendo assinalar mais do que uma coluna)

Nunca avaliaram formalmente	Questionários aos Pais		Questionários aos Técnicos		Outra a)
	Satisfação Parental	Eficácia do Programa	Satisfação Profissional	Eficácia do Programa	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a) Especifique:

<b>6. CARACTERIZAÇÃO DA SUPERVISÃO</b>													
<b>6.1. Supervisão Externa</b> (Assinale a entidade a que pertence o supervisor do serviço/equipa e a frequência da supervisão)													
Supervisão		Entidade							Frequência				
Não	Sim	Eq. Distrital	Serviço IP	Univ. / ESE	Educação	Saúde	S. Social	Outro a)	Semanal	Quinzenal	Mensal	Trimestral	Outra b)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Especifique:													
b) Especifique:													
<b>6.2. Tipo de Supervisão</b> (Assinale o tipo de supervisão efectuada ao serviço/equipa, <b>podendo assinalar mais do que uma coluna</b> )													
Casos				Equipa				Programa				Outra a)	
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
a) Especifique:													
<b>6.3. Formação em Serviço</b> (Assinale a entidade responsável pela formação, <b>podendo assinalar mais do que uma coluna</b> )													
Programa de Formação		Entidade Formadora											
Não	Sim	Educação	Saúde	S. Social	Universidade ESE	Outro Serviço IP	Outra a)						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
a) Especifique:													



## Guia de Padrões de Qualidade em Intervenção Precoce ©

### Formulário de Autoavaliação

<b>IDENTIFICAÇÃO</b>	
Categoria Profissional: _____ Habilitação Académica: _____	
Tempo de Serviço <b>total</b> : _____ Tempo em <b>intervenção precoce</b> : _____ Tempo <b>nesta equipa</b> : _____	
Data de Preenchimento: ___ / ___ / _____	Código EID: _____

<b>INSTRUÇÕES DE APLICAÇÃO</b>
<p>A presente versão do Guia de Padrões de Qualidade em Intervenção Precoce foi pensada e revista para se adaptar a uma terminologia e conceitos comuns em toda a Europa. Contudo, encontrará referências a formas de organização dos serviços que não correspondem directamente à realidade portuguesa. Assim, sempre que a sua realidade não corresponda ao indicador de qualidade ou descritor em referência, deverá reflectir sobre a prática implementada na sua região que mais se aproxime ao padrão em análise.</p> <p>O Formulário está construído de forma a recolher informação das diferentes realidades de cada serviço ou equipa, sendo os padrões e indicadores apresentados num formato que facilita a autoavaliação e a descrição da prática actual, a qual deverá ser explicitada no espaço reservado para o efeito.</p> <p>O Formulário, identifica cinco níveis de actuação; cada nível tem os seus respectivos padrões, indicadores e descritores, que servem como referência para a avaliação dos diferentes serviços e equipas.</p> <p>No exercício de autoavaliação deve classificar cada indicador num leque de cinco alternativas (cada uma com o seu quadrado correspondente) que medem o grau de desenvolvimento da actividade a que se refere:</p> <p><b>Quadrado 1 (Não realizado)</b> A actividade não se realiza actualmente.</p> <p><b>Quadrado 2 (Não planificado e realizado esporadicamente)</b> A actividade realiza-se como rotina não programada ou de forma esporádica.</p> <p><b>Quadrado 3 (Parcialmente planificado e realizado)</b> Uma parte da actividade é programada por iniciativa da equipa ou outros recursos.</p> <p><b>Quadrado 4 (Planificado e realizado sistematicamente)</b> As actividades são programadas por iniciativa da equipa ou outros recursos.</p> <p><b>Quadrado 5 (Planificado, realizado sistematicamente e avaliado)</b> O funcionamento das actividades e resultados são avaliados com a participação da equipa. Propõem-se medidas de manutenção, correcção ou melhoria e estabelece-se um procedimento de actuação.</p>

© Versão original: *Guía de Estándares de Calidad en Atención Temprana – Formulario de Autoevaluación* (IMSERSO, 2004).  
Versão portuguesa: traduzida por Mendes et al. (2006) e adaptada com base na edição inglesa (AGAT, 2004).

## NÍVEL 1. COMUNIDADE

### PADRÃO 1.1

Elabora-se uma **Listagem** de perturbações do desenvolvimento ou situações de risco que devem ser referenciadas aos Serviços de Intervenção Precoce (SIP).

#### INDICADORES 1.1

	1	2	3	4	5
1.1. a) As famílias com crianças dos 0 aos 6 anos incluídas numa destas situações ou categorias são encaminhadas ou solicitam os SIP.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.1. b) A listagem é revista e analisada de 5 em 5 anos, de maneira a actualizar os critérios de elegibilidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.1. c) A listagem é um instrumento de orientação. A rede de recursos ou as famílias podem solicitar uma avaliação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Descrição da prática actual</b>					

### PADRÃO 1.2

Na área geográfica do SIP está constituído um **Observatório para a Infância**, sob enquadramento legal apropriado.

#### INDICADORES 1.2

	1	2	3	4	5
1.2. a) Todos os recursos da comunidade relacionados com o bem-estar da criança e da família participam neste observatório.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2. b) Existe um registo dos dados relevantes relacionados com circunstâncias sociais, saúde e educacionais de todas as crianças apoiadas pelos SIP.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2. c) De 4 em 4 anos elabora-se um plano de acção comunitário para desenvolver a Intervenção Precoce, que é revisto anualmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2. d) A Saúde, educação e bem-estar social da infância são monitorizados através de indicadores apropriados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Descrição da prática actual</b>					

1. Não realizado    2. Não planificado e realizado esporadicamente    3. Parcialmente planificado e realizado    4. Planificado e realizado sistematicamente    5. Planificado, realizado sistematicamente e avaliado

## NÍVEL 1. COMUNIDADE

### PADRÃO 1.3

Os recursos da comunidade utilizam **procedimentos de triagem** para a detecção precoce de crianças com perturbações do desenvolvimento ou em situações de risco.

#### INDICADORES 1.3

	1	2	3	4	5
<b>1.3. a)</b> Existem procedimentos de triagem para a detecção precoce da hipoacusia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1.3. b)</b> Existem procedimentos de triagem para a detecção precoce da baixa visão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1.3. c)</b> Existem procedimentos de triagem para a detecção precoce de atraso de linguagem e psicomotor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1.3. d)</b> Existem procedimentos de triagem para a detecção precoce de situações de risco psicossocial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1.3. e)</b> Existem procedimentos de triagem para a detecção precoce de situações de metabopatias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Descrição da prática actual</b>					

### PADRÃO 1.4

Todas as famílias envolvidas em procedimentos de diagnóstico recebem de imediato **informação e apoio**.

#### INDICADORES 1.4

	1	2	3	4	5
<b>1.4. a)</b> A informação e as orientações sobre o apoio iniciam-se quando qualquer família tem de enfrentar “más notícias”.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1.4. b)</b> A informação e as orientações sobre o apoio incluem indicações específicas sobre a forma e o local.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1.4. c)</b> A informação e as orientações sobre o apoio incluem a recolha das perguntas e preocupações dos pais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1.4. d)</b> A informação e as orientações sobre o apoio incluem informação sobre serviços de intervenção precoce.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Descrição da prática actual</b>					

1. Não realizado    2. Não planificado e realizado esporadicamente    3. Parcialmente planificado e realizado    4. Planificado e realizado sistematicamente    5. Planificado, realizado sistematicamente e avaliado

## NÍVEL 1. COMUNIDADE

### PADRÃO 1.5

A experiência e sensibilidade dos profissionais assegura um **encaminhamento eficaz** das crianças elegíveis para os SIP.

#### INDICADORES 1.5

	1	2	3	4	5
<b>1.5. a)</b> Todas as crianças elegíveis são imediatamente referenciadas aos serviços de intervenção precoce.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Descrição da prática actual</b>					

### PADRÃO 1.6

Existe um procedimento comum para formular o **pedido de intervenção precoce**.

#### INDICADORES 1.6

	1	2	3	4	5
<b>1.6. a)</b> O procedimento inclui um formulário que regista: - Dados de identificação pessoal da criança. - Dados de quem efectua o pedido. - O consentimento (devidamente informado) da família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1.6. b)</b> O formulário inclui os critérios de elegibilidade identificados e que fundamentam o motivo do pedido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Descrição da prática actual</b>					

1. Não realizado    2. Não planificado e realizado esporadicamente    3. Parcialmente planificado e realizado    4. Planificado e realizado sistematicamente    5. Planificado, realizado sistematicamente e avaliado

## NÍVEL 1. COMUNIDADE

### PADRÃO 1.7.

Todo o tipo de informações registadas relativas a cada família e cada criança estão sujeitos a um **Regulamento de protecção de dados**.

#### INDICADORES 1.7

	1	2	3	4	5
1.7. a) As actividades de intervenção precoce cumprem o princípio da confidencialidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7. b) Os registos são mantidos em processos individuais de acesso restrito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7. c) Existe um registo do acesso dos profissionais aos dados dos processos individuais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7. d) A família (devidamente informada) dá o seu consentimento para a transmissão de informação entre serviços.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Descrição da prática actual</b>					

### PADRÃO 1.8

A Intervenção Precoce é prestada através de **serviços descentralizados**.

#### INDICADORES 1.8

	1	2	3	4	5
1.8. a) Existem serviços/equipas em cada concelho (os serviços podem abranger vários concelhos ou serem definidos por referência a freguesias).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8. b) O serviço/equipa cumpre com os requisitos formalizados no NÍVEL 4 (vide Serviço).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Descrição da prática actual</b>					

1. Não realizado    2. Não planificado e realizado esporadicamente    3. Parcialmente planificado e realizado    4. Planificado e realizado sistematicamente    5. Planificado, realizado sistematicamente e avaliado

## NÍVEL 2. FAMÍLIA

### PADRÃO 2.1

Os SIP proporcionam uma **abordagem multidimensional e holística** que compreende o conhecimento das necessidades da criança, da família e dos seus contextos de vida.

#### INDICADORES 2.1

	1	2	3	4	5
<b>2.1. a)</b> O processo de avaliação da criança visa reunir informação sobre: a história pessoal, relações sociais e acontecimentos relevantes (saúde); tipo de vinculação com os principais cuidadores; os factores de risco e protecção; iniciativa pessoal, atitudes e padrões de interacção social, interesses e dificuldades em cada contexto ou rotina; formas de comunicação, jogo, saberes, estratégias cognitivas, comportamento adaptativo, funções sensoriais e motoras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.1. b)</b> O processo de avaliação da família visa reunir informação sobre: as necessidades e preocupações expressas pela família, as práticas parentais e educativas, o momento em que se encontra na aceitação e adaptação à nova situação, o agregado familiar, a história familiar (genograma), os factores de risco e protecção, as relações intra e extra familiares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.1. c)</b> O processo de avaliação do meio visa reunir informação sobre: o contexto familiar e circunstâncias envolventes, outras pessoas relevantes, recursos ou agentes sociais envolvidos no bem-estar ou desenvolvimento da criança, redes sociais e institucionais, factores de risco e protecção.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Descrição da prática actual</b>					

### PADRÃO 2.2

Os serviços de intervenção precoce proporcionam uma **avaliação interdisciplinar** contínua.

#### INDICADORES 2.2

	1	2	3	4	5
<b>2.2. a)</b> Os procedimentos da avaliação incluem sessões de equipa para avaliar os registos do caso, as observações da criança e os resultados de instrumentos referenciados a critérios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.2. b)</b> Os procedimentos da avaliação incluem sessões de equipa em que participam no mínimo dois profissionais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.2. c)</b> As avaliações interdisciplinares identificam principalmente as necessidades da criança, da família e dos contextos. Da avaliação resulta o Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Descrição da prática actual</b>					

1. Não realizado    2. Não planificado e realizado esporadicamente    3. Parcialmente planificado e realizado    4. Planificado e realizado sistematicamente    5. Planificado, realizado sistematicamente e avaliado

**NÍVEL 2. FAMÍLIA****PADRÃO 2.3**

A intervenção precoce promove a participação e o **envolvimento familiar**.

**INDICADORES 2.3**

	1	2	3	4	5
<b>2.3. a)</b> A avaliação inicia-se com uma entrevista de acolhimento e apresentação do serviço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.3. b)</b> As reuniões, hora e local, são flexíveis de modo a facilitar a participação dos pais ou principais prestadores de cuidados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.3. c)</b> Os pedidos e necessidades sentidas pela família são expressas nas suas próprias palavras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.3. d)</b> São respeitadas as ideias, crenças, opiniões, práticas culturais e reservas de intimidade da família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.3. e)</b> As famílias são considerados os primeiros decisores (as opiniões e propostas de actuação submetem-se à consideração e decisão da família).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.3. f)</b> Aceitam-se as decisões da família sempre que não prejudiquem gravemente os interesses da criança.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.3. g)</b> As propostas do PIAF são sempre orientadas para a normalização da vida familiar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Descrição da prática actual</b>					

**PADRÃO 2.4**

O **Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF)** é elaborado com participação da família em reunião de aconselhamento.

**INDICADORES 2.4**

	1	2	3	4	5
<b>2.4. a)</b> Nesta reunião participam os pais ou principais prestadores de cuidados, o responsável de caso e, pelo menos, outro membro da equipa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.4. b)</b> O PIAF resume os métodos, prazos, e períodos de revisão estabelecidos para cada objectivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.4. c)</b> O PIAF engloba os procedimentos designados para promover a inclusão social.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.4. d)</b> O PIAF resume os procedimentos designados para apoiar experiências de aprendizagem e transições graduais entre contextos (domicílio, creche, jardim-de-infância e escola).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.4. e)</b> O PIAF engloba os procedimentos designados para proporcionar apoio à saúde nos contextos naturais da criança.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.4. f)</b> Os pais (devidamente informados) assinam o consentimento relativo às medidas acordadas no PIAF.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.4. g)</b> O PIAF é elaborado num prazo de 30 dias após a entrevista de acolhimento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Descrição da prática actual</b>					

1. Não realizado    2. Não planificado e realizado esporadicamente    3. Parcialmente planificado e realizado    4. Planificado e realizado sistematicamente    5. Planificado, realizado sistematicamente e avaliado

## NÍVEL 2. FAMÍLIA

### PADRÃO 2.5.

Para cada família é nomeado um membro da equipa como **responsável de caso**.

#### INDICADORES 2.5

	1	2	3	4	5
<b>2.5. a)</b> O responsável de caso é nomeado provisoriamente para a realização da entrevista de acolhimento. Este assume carácter definitivo quando o PIAF é elaborado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.5. b)</b> O responsável de caso canaliza os pedidos da família e promove o apoio adequado por parte dos recursos comunitários.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.5. c)</b> Cada responsável de caso acompanha no máximo 15 famílias simultaneamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Descrição da prática actual</b>					

### PADRÃO 2.6.

Os aspectos da **inclusão social** no PIAF visam o fortalecimento das relações internas e externas da família.

#### INDICADORES 2.6

	1	2	3	4	5
<b>2.6.a)</b> O PIAF é elaborado para melhorar as competências da família e as suas práticas educativas. No âmbito deste objectivo, podem implementar-se acções como programas de apoio entre pais (Grupo de Pais).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.6.b)</b> O PIAF é elaborado para melhorar a qualidade dos padrões de interacção entre os pais e a criança No âmbito deste objectivo, podem implementar-se acções como a participação dos pais em formações ou em sessões de vídeo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.6.c)</b> O PIAF é elaborado para facilitar os encontros entre pais. No âmbito deste objectivo, podem implementar-se acções como a participação em grupos de auto-ajuda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.6.d)</b> O PIAF é elaborado para ajudar as famílias a manter os seus empregos ou projectos de trabalho. No âmbito deste objectivo, podem implementar-se acções como a coordenação com os centros de emprego.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.6.e)</b> O PIAF é elaborado para aumentar as oportunidades da família usufruir do tempo livre. No âmbito deste objectivo, podem implementar-se acções como a coordenação com os serviços culturais e serviços de prestação de apoio domiciliário.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.6.f)</b> O PIAF é elaborado para facilitar o acesso das famílias aos apoios legalmente previstos (subsídios, ajudas técnicas, condições especiais de trabalho, ...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Descrição da prática actual</b>					

1. Não realizado    2. Não planificado e realizado esporadicamente    3. Parcialmente planificado e realizado    4. Planificado e realizado sistematicamente    5. Planificado, realizado sistematicamente e avaliado

**NÍVEL 2. FAMÍLIA****PADRÃO 2.7**

O PIAF inclui **aspectos educativos** delineados em colaboração com os serviços de educação.

**INDICADORES 2.7**

	1	2	3	4	5
<b>2.7. a)</b> A acessibilidade, segurança e as condições gerais do contexto escolar são verificadas em coordenação com os recursos educativos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.7. b)</b> Transmite-se aos profissionais da creche ou jardim-de-infância a informação apropriada relativa ao PIAF, seus objectivos e métodos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.7. c)</b> O processo de transição para a escola é planeado em coordenação com os recursos educativos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Descrição da prática actual</b>					

**PADRÃO 2.8**

O PIAF inclui aspectos de **apoio à saúde**, elaborados em colaboração com os serviços de saúde.

**INDICADORES 2.8**

	1	2	3	4	5
<b>2.8. a)</b> O PIAF é elaborado para dar resposta às necessidades especiais de saúde na rotina da vida diária.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.8. b)</b> Quando necessário, o PIAF inclui informação sobre tratamentos especiais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.8. c)</b> Quando necessário, o PIAF inclui informação sobre apoios especiais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.8. d)</b> Quando necessário, o PIAF inclui informação sobre possíveis efeitos secundários e sua prevenção.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Descrição da prática actual</b>					

1. Não realizado    2. Não planificado e realizado esporadicamente    3. Parcialmente planificado e realizado    4. Planificado e realizado sistematicamente    5. Planificado, realizado sistematicamente e avaliado

## NÍVEL 2. FAMÍLIA

### PADRÃO 2.9

Os **direitos e deveres** do cliente estão claramente especificados.

#### INDICADORES 2.9

	1	2	3	4	5
<b>2.9. a)</b> Os deveres do responsável de caso incluem informar as famílias dos seus direitos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.9. b)</b> Registam-se as queixas e sugestões das famílias. Estas são avaliadas e incluídas no relatório de actividades anual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.9. c)</b> Existe um regulamento interno em que se incluem os princípios éticos, a missão do serviço e as directrizes de funcionamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.9. d)</b> Estão previstos mecanismos de mediação para resolver dilemas éticos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Descrição da prática actual</b>					

1. Não realizado

2. Não planificado e realizado esporadicamente

3. Parcialmente planificado e realizado

4. Planificado e realizado sistematicamente

5. Planificado, realizado sistematicamente e avaliado

## Nível 3. CRIANÇA

### PADRÃO 3.1

Todas as crianças com perturbações do desenvolvimento ou em situações de risco têm direito a alcançar uma **plena participação** na vida social.

#### INDICADORES 3.1

	1	2	3	4	5
<b>3.1. a)</b> A equipa é responsável pela melhoria das relações de vinculação e das práticas das famílias na educação da criança.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.1. b)</b> A equipa é responsável por providenciar oportunidades contínuas para o desenvolvimento de atenção conjunta e experiências de aprendizagem da linguagem e comunicação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.1. c)</b> A equipa é responsável pela promoção de actividades simbólicas significativas e de carácter lúdico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.1. d)</b> A equipa é responsável por facilitar a existência de relações de elevada qualidade com grupos de pares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.1. e)</b> O serviço é responsável por manter as crianças afastadas de qualquer tipo de discriminação ou de práticas que as negligenciem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Descrição da prática actual</b>					

### PADRÃO 3.2

De acordo com as suas necessidades, todas as crianças com perturbações de desenvolvimento ou em situações de risco têm direito a receber ajudas desenvolvimentais apropriadas (apoios terapêuticos, técnicos e educativos) que fortaleçam a sua **autonomia**.

#### INDICADORES 3.2

	1	2	3	4	5
<b>3.2. a)</b> Quando necessário, o PIAF proporciona sessões de estimulação global, de aquisição de competências funcionais, de terapia ocupacional, de terapia da fala, psicomotricidade ou fisioterapia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.2. b)</b> Quando necessário, o PIAF proporciona ajudas sensoriais (próteses, ...) ou para a mobilidade, ensino da língua gestual ou sistemas de comunicação alternativa ou aumentativa e utilização de equipamentos informáticos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.2. c)</b> Quando necessário, o PIAF proporciona experiências de aprendizagens desenvolvimentais apropriadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.2. d)</b> Todos os apoios necessários são gratuitos, incluindo formação para a utilização e sua manutenção.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Descrição da prática actual</b>					

1. Não realizado    2. Não planificado e realizado esporadicamente    3. Parcialmente planificado e realizado    4. Planificado e realizado sistematicamente    5. Planificado, realizado sistematicamente e avaliado

## Nível 3. CRIANÇA

### PADRÃO 3.3.

São implementadas **alterações apropriadas no contexto**, de modo a satisfazer as necessidades especiais das crianças.

#### INDICADORES 3.3

	1	2	3	4	5
<b>3.3. a)</b> Quando necessário, o PIAF providencia informação, formação e apoio psicológico aos pais e outros prestadores de cuidados da criança.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.3. b)</b> Quando necessário, O PIAF promove a eliminação de barreiras ou a organização apropriada dos diversos contextos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.3. c)</b> A equipa é responsável pela promoção da inclusão da criança nos seus contextos naturais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Descrição da prática actual</b>					

### PADRÃO 3.4

A **revisão dos casos**, com particular atenção aos resultados do PIAF, ao progresso do desenvolvimento da criança e à situação de inclusão social, é realizada **regularmente**.

#### INDICADORES 3.4

	1	2	3	4	5
<b>3.4. a)</b> Os acontecimentos relevantes ou alterações significativas na situação da criança e o seu progresso desenvolvimental são sistematicamente revistos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.4. b)</b> Trimestralmente é realizada a revisão dos casos com a participação de, pelo menos, dois profissionais da equipa, sendo um deles o responsável de caso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.4. c)</b> A revisão dos casos inclui rever as opiniões dos pais e prestadores de cuidados, examinar os resultados do PIAF e reformular os objectivos e métodos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.4. d)</b> As revisões dos casos são registadas em formulários próprios concebidos de forma a monitorizar alterações ocorridas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Descrição da prática actual</b>					

1. Não realizado    2. Não planificado e realizado esporadicamente    3. Parcialmente planificado e realizado    4. Planificado e realizado sistematicamente    5. Planificado, realizado sistematicamente e avaliado

**Nível 3. CRIANÇA****PADRÃO 3.5**

A **revisão dos casos** é realizada em **equipa anualmente**.

**INDICADORES 3.5**

	1	2	3	4	5
<b>3.5. a)</b> A revisão anual dos casos acontece com a participação de toda a equipa e dos recursos comunitários envolvidos em cada caso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.5. b)</b> A revisão anual dos casos pode ser conduzida por um supervisor externo, quando requisitado pelas famílias ou pelos membros da equipa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.5. c)</b> A revisão anual dos casos é preparada pelo responsável de caso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.5. d)</b> A revisão anual dos casos segue a mesma estrutura das que ocorrem trimestralmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.5. e)</b> Os resultados da revisão anual são sintetizados e apresentados às famílias em reunião.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Descrição da prática actual</b>					

1. Não realizado

2. Não planificado e realizado esporadicamente

3. Parcialmente planificado e realizado

4. Planificado e realizado sistematicamente

5. Planificado, realizado sistematicamente e avaliado

## Nível 4. SERVIÇO

### PADRÃO 4.1

A coordenação do programa do SIP tem disponível um **organograma** com as unidades funcionais, estratégias de gestão e circuitos de comunicação.

#### INDICADORES 4.1

	1	2	3	4	5
4.1. a) O organograma descreve uma unidade de direcção/coordenação do serviço com orientações claramente definidas e descrição de funções.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1. b) O organograma descreve uma unidade de intervenção com orientações claramente definidas e descrição de funções.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1. c) O organograma descreve uma unidade de informação (informação aos utentes, aos profissionais e entidades relacionadas com o SIP) com orientações claramente definidas e descrição de funções.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1. d) Todas as unidades têm espaços e equipamento adequados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Descrição da prática actual</b>					

### PADRÃO 4.2

A **equipa multiprofissional** do SIP trabalha em colaboração para desenvolver os programas de intervenção precoce de base comunitária específicos e para cada "caso".

#### INDICADORES 4.2

	1	2	3	4	5
4.2. a) Existe uma gestão adequada do quadro de pessoal (nomeadamente de acordo com o rácio de profissionais recomendado).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2. b) Os profissionais são altamente qualificados para as suas funções e para as tarefas relacionadas com o SIP.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2. c) As linhas orientadoras para a selecção dos profissionais baseiam-se simultaneamente na sua formação e experiência adequada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2. d) O trabalho de equipa inclui reuniões periódicas onde os membros da equipa partilham informação, analisam registos dos casos e avaliam os resultados dos programas de IP.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2. e) O desempenho da equipa é regularmente avaliado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Descrição da prática actual</b>					

1. Não realizado    2. Não planificado e realizado esporadicamente    3. Parcialmente planificado e realizado    4. Planificado e realizado sistematicamente    5. Planificado, realizado sistematicamente e avaliado

## Nível 4. SERVIÇO

### PADRÃO 4.3

A **coordenação** assume a concepção de novos projectos, a monitorização dos programas correntes e a avaliação dos resultados globais.

#### INDICADORES 4.3

	1	2	3	4	5
4.3. a) A direcção/coordenação proporciona orientação, motivação e liderança efectiva e ética.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3. b) A direcção/coordenação promove o conhecimento e interiorização, por parte dos profissionais, da missão, objectivos e programas do SIP.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3. c) A direcção/coordenação encoraja o trabalho de equipa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Descrição da prática actual</b>					

### PADRÃO 4.4

Os **profissionais** participam activamente na **avaliação** do serviço.

#### INDICADORES 4.4

	1	2	3	4	5
4.4. a) Ter em conta os pontos de vista e aspirações dos profissionais faz parte da cultura e regulamentos do SIP.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4. b) São avaliados os seguintes tópicos: situação laboral, condições de trabalho, relações com utentes do serviço (criança, família, instituições, administração local e/ou central) e outros membros da equipa (sejam superiores, iguais ou subordinados), procedimentos e objectivos operacionais do SIP.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Descrição da prática actual</b>					

1. Não realizado    2. Não planificado e realizado esporadicamente    3. Parcialmente planificado e realizado    4. Planificado e realizado sistematicamente    5. Planificado, realizado sistematicamente e avaliado

## Nível 4. SERVIÇO

### PADRÃO 4.5

Os profissionais são encorajados a participar em actividades de **avaliação e investigação**.

#### INDICADORES 4.5

	1	2	3	4	5
<b>4.5. a)</b> A direcção/coordenação encoraja a participação dos profissionais na revisão dos casos e na avaliação geral do programa do SIP.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.5. b)</b> A direcção/coordenação encoraja a participação dos profissionais em actividades de investigação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Descrição da prática actual</b>					

### PADRÃO 4.6

O SIP dispõe de **contabilidade organizada** que reflecte, com exactidão, os recursos financeiros e distribuição orçamental.

#### INDICADORES 4.6

	1	2	3	4	5
<b>4.6. a)</b> Os profissionais e os utentes têm acesso a uma descrição detalhada dos recursos financeiros privados e públicos e sua distribuição orçamental.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.6. b)</b> São feitos cálculos da relação entre custo-benefício ou outras medidas apropriadas de avaliação da eficácia do programa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.6. c)</b> São produzidos regularmente relatórios financeiros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.6. d)</b> É produzido um relatório financeiro anual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Descrição da prática actual</b>					

1. Não realizado    2. Não planificado e realizado esporadicamente    3. Parcialmente planificado e realizado    4. Planificado e realizado sistematicamente    5. Planificado, realizado sistematicamente e avaliado

## Nível 4. SERVIÇO

### PADRÃO 4.7

O espaço do SIP cumpre os **requisitos de segurança** dos equipamentos para prestação de cuidados a crianças.

#### INDICADORES 4.7

	1	2	3	4	5
<b>4.7. a)</b> Os espaços do SIP são acessíveis e cumprem os requisitos de prevenção de acidentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.7. b)</b> Os planos de evacuação do SIP são supervisionados pelos serviços de segurança autorizados (Bombeiros, Protecção Civil).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Descrição da prática actual</b>					

### PADRÃO 4.8

O SIP proporciona **informação escrita** relacionada com os objectivos, população alvo, serviços prestados, instituição e local, horários a números de contacto telefónico.

#### INDICADORES 4.8

	1	2	3	4	5
<b>4.8. a)</b> Está disponível uma listagem completa dos serviços prestados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.8. b)</b> Existe uma política de reclamações que proporciona a todas as famílias detalhes de como apresentar uma reclamação bem como informações acerca de entidades externas onde as apresentar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.8. c)</b> A análise sistemática das necessidades dos utentes conduz à mudança dos procedimentos de funcionamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.8. d)</b> O SIP promove acordos de funcionamento com outros serviços de modo a facilitar a referênciação e redes de trabalho em colaboração.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Descrição da prática actual</b>					

1. Não realizado    2. Não planificado e realizado esporadicamente    3. Parcialmente planificado e realizado    4. Planificado e realizado sistematicamente    5. Planificado, realizado sistematicamente e avaliado

## Nível 4. SERVIÇO

### PADRÃO 4.9

O SIP promove **programas de base comunitária** para aumentar a prevenção e a detecção precoce de crianças com perturbações do desenvolvimento ou em situações de risco.

#### INDICADORES 4.9

	1	2	3	4	5
<b>4.9. a)</b> O SIP promove programas de base comunitária de modo a sensibilizar e informar as famílias no domínio do planeamento familiar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.9. b)</b> O SIP promove programas de base comunitária de modo a incrementar a educação parental e cuidados para a infância de qualidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.9. c)</b> O SIP promove programas de base comunitária de modo a melhorar a rede de cuidados para a infância e educação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Descrição da prática actual</b>					

### PADRÃO 4.10

O nível de qualidade do SIP é adequado e estabelecem-se **medidas de avaliação** dos recursos e dos procedimentos utilizados.

#### INDICADORES 4.10

	1	2	3	4	5
<b>4.10. a)</b> Avalia-se o nível de qualidade dos recursos utilizados na equipa/serviço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.10. b)</b> Avalia-se o funcionamento dos diferentes processos implementados na equipa/serviço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.10. c)</b> Há um sistema de avaliação sobre os recursos humanos e materiais do Programa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.10. d)</b> Revê-se e avalia-se a relação entre as necessidades dos utentes e os serviços que lhe são proporcionados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.10. e)</b> Utilizam-se os meios de comunicação, tanto para se dar a conhecer o serviço, como para realizar um trabalho de sensibilização social.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.10. f)</b> Disponibilizam-se sistemas de análise que permitam avaliar a qualidade dos serviços e redigir anualmente propostas para melhoria do Programa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.10. g)</b> O Serviço procura obter algum tipo de Certificação de qualidade, efectuada por entidades autorizadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Descrição da prática actual</b>					

1. Não realizado    2. Não planificado e realizado esporadicamente    3. Parcialmente planificado e realizado    4. Planificado e realizado sistematicamente    5. Planificado, realizado sistematicamente e avaliado

## Nível 5. PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PRECOCE

### PADRÃO 5.1.

O **Plano de Actividades** é anualmente actualizado e revisto pela direcção/coordenação.

#### INDICADORES 5.1

	1	2	3	4	5
<b>5.1. a)</b> O Plano de Actividades reúne informação geral sobre os recursos humanos e materiais, população a atender, organograma, horário e calendarização das actividades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5.1. b)</b> O Plano de Actividades especifica objectivos e métodos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5.1. c)</b> O Plano de Actividades é elaborado com a participação dos profissionais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Descrição da prática actual</b>					

### PADRÃO 5.2.

O **Relatório de Actividades** anual proporciona afirmações claras relacionadas com o Plano de Actividades.

#### INDICADORES 5.2

	1	2	3	4	5
<b>5.2. a)</b> O Relatório de actividades reúne e analisa dados quantitativos relacionados com financiamentos, actividades comunitárias, formação e investigação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5.2. b)</b> O Relatório de actividades reúne e analisa dados estatísticos relacionados com os registos dos casos (gestão dos pedidos, tipologia dos casos, listagem de utentes, idade, índice de assiduidade dos utentes, ocorrências e sessões realizadas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5.2. c)</b> O Relatório de actividades inclui um registo da avaliação dos resultados gerais do programa de intervenção precoce (avaliação dos objectivos e propostas para um novo plano).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Descrição da prática actual</b>					

1. Não realizado    2. Não planificado e realizado esporadicamente    3. Parcialmente planificado e realizado    4. Planificado e realizado sistematicamente    5. Planificado, realizado sistematicamente e avaliado

## Nível 5. PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PRECOCE

### PADRÃO 5.3.

Autoridades legalmente reconhecidas disponibilizam os meios financeiros necessários para realizar uma **avaliação externa** do Programa de Intervenção Precoce.

#### INDICADORES 5.3

	1	2	3	4	5
<b>5.3. a)</b> A avaliação externa é realizada por serviços certificados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5.3. b)</b> A avaliação externa abrange todos os níveis do Programa (Comunidade, Família, Criança e Serviço).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5.3. c)</b> A avaliação externa é realizada, no máximo, de três em três anos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Descrição da prática actual</b>					

### PADRÃO 5.4

A coordenação encoraja a **formação contínua** dos profissionais.

#### INDICADORES 5.4

	1	2	3	4	5
<b>5.4. a)</b> O SIP mantém registos actualizados das qualificações dos profissionais, curriculum vitae e desenvolvimento profissional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5.4. b)</b> Os Planos de Formação são delineados com a participação dos profissionais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5.4. c)</b> A Formação e desenvolvimento dos profissionais abrangem temas globais e específicos (desenvolvimento da criança, dinâmicas familiares, trabalho de equipa, actividades de base comunitária).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5.4. d)</b> Existe uma dotação financeira para o Plano de Formação dos profissionais do Serviço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5.4. e)</b> O tempo dedicado à Formação e ao desenvolvimento dos profissionais é considerado tempo de trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Descrição da prática actual</b>					

1. Não realizado    2. Não planificado e realizado esporadicamente    3. Parcialmente planificado e realizado    4. Planificado e realizado sistematicamente    5. Planificado, realizado sistematicamente e avaliado

## Nível 5. PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PRECOCE

### PADRÃO 5.5

O Programa contempla o registo periódico do grau de **satisfação da família**.

#### INDICADORES 5.5

	1	2	3	4	5
<b>5.5. a)</b> Os questionários realizados são anónimos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5.5. b)</b> Os questionários são escritos numa linguagem que as famílias conseguem facilmente perceber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5.5. c)</b> Os tópicos avaliados incluem: 1. Envolvimento e parceria. 2. Qualidade de vida. 3. Eficácia da intervenção. 4. Coordenação do trabalho de equipa e inter-serviços. 5. Grupos de auto-ajuda. 6. Formação continua de pais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Descrição da prática actual</b>					

1. Não realizado

2. Não planificado e realizado esporadicamente

3. Parcialmente planificado e realizado

4. Planificado e realizado sistematicamente

5. Planificado, realizado sistematicamente e avaliado



<b>PROTOCOLO DE ANÁLISE DOCUMENTAL</b>		
<b>0. IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA</b>		
Nome: _____		SIP: _____
Data de Nascimento: ___ / ___ / _____		Idade: _____ (em 30/06/2007)
Situação de Risco: _____		
Data de Sinalização: ___ / ___ / _____		Quem: _____
Início da Intervenção: ___ / ___ / _____		Tempo de Intervenção: _____
Téc. Intervenientes: _____		Responsável Caso: _____
<b>1. DOCUMENTAÇÃO NO PROCESSO</b>	<b>Datas</b>	<b>Descrição / Comentário</b>
Ficha de Sinalização		
Ficha de Informação Familiar		
Ficha de Anamnese		
Registos de Observação em Contexto		
Registos de Avaliação do Desenvolvimento		
Registos de Exames Médicos		
Relatórios de outros serviços		
Plano Individualizado de Apoio à Família		
Programa de Intervenção (ou PEI)		
Registos de Reuniões de Discussão de Caso		
Registos de Reuniões com Família		
Registos de Reuniões com outros Serviços		
Registos de Sessões de Intervenção		
Registos de Sessões de Supervisão		
Outra (Qual? _____ )		
<b>Organização Geral do Processo:</b>		

2. PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO	Freq.	Descrição / Comentário
<b>Intervenientes na Avaliação</b>		
Família		
Educador		
Psicólogo		
Assistente Social		
Terapeuta da Fala		
Terapeuta Ocupacional		
Fisioterapeuta		
Pediatra		
Outro (Qual? )		
<b>Local da Avaliação</b>		
Domicilio		
Sede da Equipa de Intervenção Precoce		
Creche / Jardim-de-infância		
Hospital / Centro de Saúde		
Outro (Qual? )		
<b>Instrumentos para Avaliação da Criança</b>		
Escala de Desenvolvimento (Qual? )		
Checklist (Qual? )		
Roteiro para Entrevista aos Pais		
Grelha para Observação em Contexto		
Outro (Qual? )		
<b>Instrumentos para Caracterização da Família</b>		
Inventário de Necessidades		
Eco mapa		
Genograma		
Grelha para Observação em Contexto		
Outro (Qual? )		
<b>Informações Recolhidas na Família</b>		
Características do Agregado		
Preocupações da Família		
Prioridades da Família		
Dados sobre Desenvolvimento da Criança		
Outras (Quais? )		
<b>Informações Recolhidas de outros Serviços</b>		
Serviços Educativos		
Serviços de Saúde		
Serviços Sociais		
Outros (Quais? )		
<b>Tipo de Registos</b>		
Relatórios Formais		
Registos Informais		
Síntese Avaliativa		
Outro (Qual? )		
<b>Periodicidade da Reavaliação pela Equipa</b>		Revisão do PIAF/PEI
Trimestral		
Semestral		
Anual		
Outra (Qual? )		

<b>Intervenientes na Reavaliação</b>		
Família		
Educador		
Psicólogo		
Assistente Social		
Terapeuta da Fala		
Terapeuta Ocupacional		
Fisioterapeuta		
Pediatra		
Outro (Qual? )		
<b>Avaliação Periódica da Intervenção</b>		
Objectivos do Programa		
Estratégias de Intervenção		
Competências da Criança		
Dificuldades da Criança		
Competências da Família		
Dificuldades da Família		
Outras (Quais? )		
<b>Passagem de Informação</b>		Articulação outros Serviços / Recursos
Família		
Profissionais da Equipa		
Serviços Educativos		
Serviços de Saúde		
Serviços Sociais		
Outros (Quais? )		
<b>Observações:</b>		
<b>3. PROCEDIMENTOS DE INTERVENÇÃO</b>	<b>Freq.</b>	<b>Descrição / Comentário</b>
<b>Intervenientes na Planificação</b>		
Família		
Educador		
Psicólogo		
Assistente Social		
Terapeuta da Fala		
Terapeuta Ocupacional		
Fisioterapeuta		
Pediatra		
Outro (Qual? )		
<b>Objectivos Educativos</b>		
Autonomia		
Comunicação e Linguagem		
Socialização		
Motricidade		
Cognição		
Competências Parentais		
Outros (Quais? )		

<b>Objectivos para outras áreas de Intervenção</b>		
Apoios Terapêuticos		
Serviços de Saúde		
Serviços Sociais		
Autarquia		
Outras (Quais? )		
<b>Intervenientes no Programa</b>		
Família		
Educador		
Psicólogo		
Assistente Social		
Terapeuta da Fala		
Terapeuta Ocupacional		
Fisioterapeuta		
Pediatra		
Outro (Qual? )		
<b>Periodicidade da Intervenção</b>		
Bi-semanal		
Tri-semanal		
Semanal		
Outra (Qual? )		
<b>Local</b>		
Domicilio		
Sede do Serviço de Intervenção Precoce		
Creche / Jardim-de-infância		
Outro (Qual? )		
<b>Observações:</b>		
<b>Comentário Global:</b>		

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

REGISTO DE OBSERVAÇÃO DAS PRÁTICAS		
<b>0. IDENTIFICAÇÃO DO CASO</b>		
Equipa:		
Profissional:		
Criança:		
<b>1. CONTEXTO DE INTERVENÇÃO</b>		
Local:		
Intervenientes:		
Tempo: __h__ às __h__ = __m		
<b>2. DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO</b>		
Temas	Conteúdos	Materiais
<b>Observações:</b>		
<p style="text-align: right;">Data: __/__/__</p>		





