

Qualidade das Práticas em Intervenção Precoce: Uma Prioridade

Maria Elisabete Mendes¹, Ana Isabel Pinto² & Júlia Serpa Pimentel³

¹ Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Portalegre

² Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto

³ Instituto Superior de Psicologia Aplicada

O presente projecto, pretende caracterizar a realidade de serviços de intervenção precoce, bem como avaliar o grau de implementação dos modelos teóricos 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.

A investigação tem focado, essencialmente, as percepções dos profissionais e grau de satisfação dos pais e não o que se passa efectivamente no decorrer do programa de intervenção. Assim, propusemo-nos a partir de uma autoavaliação efectuada pelos profissionais, analisar e observar as práticas implementadas no âmbito de diferentes programas de intervenção precoce.

Os resultados deste estudo poderão contribuir para criar uma cultura de critérios de qualidade que permitam avaliar as práticas, bem como para introduzir uma cultura de gestão de procedimentos no âmbito da intervenção precoce e poderão servir ainda como estímulo para iniciativas de intercâmbio, formação e investigação.

Palavras-chave: Intervenção, Precoce, Avaliação, Qualidade.

1. INTRODUÇÃO

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 satisfação como participante no programa, bem como a influência que a intervenção precoce tem nos vários aspectos da vida familiar.

No entanto, a avaliação das práticas em intervenção precoce não deverá limitar-se a identificar as percepções de pais e profissionais relativamente às acções desenvolvidas nos programas, mas deverá avaliar, também, eventuais discrepâncias entre os objectivos delineados e a forma como estão a ser efectivamente implementados (Bailey, 2001; Dunst & Bruder, 2002).

O estudo de Pimentel (2005) permitiu identificar discrepâncias entre as percepções de pais e de profissionais relativamente às práticas de intervenção precoce, sugerindo a necessidade de analisar as práticas efectivamente implementadas no âmbito dos programas.

Os modelos teóricos relativos à intervenção precoce devem adequar-se à realidade e cultura do 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 (Bairrão, 2003).

O Despacho Conjunto 891/99¹ estabeleceu em Portugal as orientações relativas às práticas de intervenção precoce, tendo sido concebido com base na legislação em vigor nos Estados Unidos. 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.

Assim, ao desenvolver este projecto de investigação propomo-nos: a) caracterizar a realidade de serviços de intervenção precoce estruturados com base no enquadramento legal em vigor; b) analisar em que medida os programas traduzem práticas recomendadas a nível internacional, baseadas em modelos teóricos centrados na família; c) avaliar em que medida as práticas efectivamente implementadas pelos profissionais respondem às necessidades identificadas ao nível da criança, da família e da gestão dos recursos da comunidade.

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 e 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 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 decisiva, pretendem elementos concretos de orientação em relação ao que podem e devem esperar da Intervenção Precoce (Ponte, 2004, p.23).

2. MÉTODO

Os trabalhos efectuados por Hauser-Cram e colaboradores (2000), salientam que a realização de um estudo avaliativo deve corresponder a um desejo dos profissionais envolvidos a diferentes níveis. 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.

Com base neste pressuposto, garantimos que a implementação do presente estudo avaliativo correspondesse a um desejo dos profissionais envolvidos nos programas de intervenção precoce do distrito de Portalegre, quer ao nível da coordenação, quer da intervenção directa, tendo havido acordo relativamente ao tipo e objectivos da avaliação. Assim, após auscultar o interesse da equipa de coordenação distrital na realização deste estudo de avaliação das práticas em intervenção precoce, a investigação iniciou-se com um processo de autoavaliação realizado por cada um dos profissionais das equipas de intervenção directa, sendo complementada por dados de natureza qualitativa e quantitativa, através de análise documental e observação participada das práticas. De facto, 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.

2.1 Participantes

Definimos como amostra de conveniência para o nosso estudo, as Equipas de Intervenção Directa (EID) 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.

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.

Na recolha de dados realizada, no que diz respeito à *autoavaliação dos padrões de qualidade em intervenção precoce*, participaram um total de 77 profissionais, dos quais 42 desempenhavam funções em EID do distrito de Portalegre (55%), e 35 integravam SIP da zona de Lisboa (45%). A composição das equipas é muito semelhante nas duas regiões no que diz respeito ao tipo de profissionais que as constituem. Assim, os profissionais que procederam à autoavaliação da qualidade das suas práticas em intervenção precoce (ver Tabela 1) pertenciam às seguintes categorias profissionais:

educação de infância, psicologia, serviço social, terapia da fala, terapia ocupacional, fisioterapia e técnicos superiores de educação especial e reabilitação.

Tabela 1 – Distribuição da totalidade dos profissionais que participaram no estudo de autoavaliação da qualidade por 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>
Portalegre	14 (33%)	8 (19%)	9 (21%)	5 (12%)	3 (7%)	2 (5%)	1 (2%)
Lisboa	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 diferenças no tempo de serviço dos profissionais, particularmente no que se refere ao tempo de serviço em intervenção precoce. Verifica-se que, para os profissionais do distrito de Portalegre, o tempo de serviço em intervenção precoce é inferior a 6 anos (os serviços só começaram a ser estruturados nesta região após publicação do referido normativo legal, tendo a primeira EID sido criada em 2001). No caso da região da zona metropolitana de Lisboa, 51% dos profissionais trabalham há mais de 6 anos no domínio da intervenção precoce.

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% destes profissionais, decidindo manter na nossa amostra a proporcionalidade relativa das diferentes categorias profissionais que compõem as EID, 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. A observação participada das práticas decorreu em 2007, pelo que se verificaram algumas alterações na constituição das equipas. Nesse momento, estavam 48 profissionais a desempenharem funções a tempo integral nas EID, pelo que a amostra ficou constituída do seguinte modo: educadoras (10), psicólogas (4), assistentes sociais (4), terapeutas da fala (4), terapeutas ocupacionais (1) e fisioterapeutas (1).

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 das suas práticas. Considerando a situação que determina maior limitação ou risco para o desenvolvimento da criança, o número total de famílias participantes (62) distribuiu-se da seguinte forma: 31 % dos

casos apoiados são famílias de crianças em situação de risco estabelecido, 26 % são famílias em situação de risco ambiental, 14 % dos casos encontram-se em situação de risco biológico e 29% das situações em apoio são crianças referenciadas como tendo um atraso de desenvolvimento.

2.2 Instrumentos

No sentido de responder aos objectivos deste trabalho, para efectuar a avaliação das práticas em intervenção precoce, foram desenvolvidos os seguintes instrumentos:

a) *Ficha de Caracterização Geral das Equipas de Intervenção Precoce*, instrumento por nós construído, teve como objectivo facultar dados relativos às características estruturais das equipas de intervenção directa, recolher informação detalhada relativamente ao seu funcionamento global, bem como à implementação dos programas de intervenção precoce a nível distrital.

b) *Formulário de Autoavaliação de Padrões de Qualidade em Intervenção Precoce*, traduzido por Mendes et al. (2006), a partir do *Guía de Estándares de Calidad en Atención Temprana* (Ponte, coord., 2004), elaborado em Espanha por um grupo de especialistas em intervenção precoce, com o objectivo de criar um instrumento que servisse de orientação e ajuda a diferentes serviços que trabalham na prevenção e intervenção precoce. Este instrumento foi delineado para sinalizar indicadores de qualidade, os quais estão organizados em cinco dimensões, as quais reflectem os principais níveis de actuação em intervenção precoce: a) *Comunidade* (tem como *objectivo* coordenar e organizar as redes sociais e institucionais, no sentido de, ser implementado um *programa* de prevenção, detecção e intervenção precoce para crianças com perturbações do desenvolvimento ou em situação de risco); b) *Família* (tem como *objectivo* 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); c) *Criança* (tem como *objectivo* proteger os direitos da criança, assegurando a avaliação objectiva e os meios que precisa para o seu desenvolvimento e necessidades, no sentido de ser implementado um *programa* que promova a igualdade de oportunidades); d) *Serviço* (tem como *objectivo* que o serviço disponha de uma adequada estrutura e organização das suas unidades, no sentido de, ser implementado um *programa* do serviço de intervenção precoce); e) *Programa de Intervenção Precoce* (tem como *objectivo* controlar a funcionalidade do programa de intervenção precoce, no sentido de, ser implementado um *programa* de avaliação). 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 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 (Mendes, 2007).

c) *Registo de Observação das Práticas*, grelha por nós construída, para registar as acções realizadas pelos profissionais a diferentes níveis: intervenção com a criança e família, interacção com outros profissionais, articulação com recursos da comunidade e funcionamento da equipa; este instrumento constitui apenas uma estratégia de registo das observações naturalistas, com o intuito de organizar os dados, não constituindo um instrumento de categorização da informação a recolher.

d) *Protocolo de Análise Documental*, instrumento por nós construído, para sistematizar os procedimentos desenvolvidos no âmbito do programa de intervenção, que identificamos com base na análise dos documentos constantes nos processos dos casos observados.

2.3 Procedimentos

A implementação do estudo iniciou-se com a sua apresentação à Equipa de Coordenação Distrital de Portalegre e seguidamente a todas as EID do distrito; a *ficha de caracterização geral das equipas de intervenção precoce* foi distribuída a cada uma das equipas e preenchida pelos respectivos coordenadores; o *formulário de autoavaliação de padrões de qualidade em intervenção precoce* foi apresentado em reuniões de equipa e preenchido individualmente por cada um dos profissionais presentes.

Paralelamente à realização do estudo em Portalegre, procedeu-se também à aplicação do formulário de autoavaliação a profissionais de SIP da zona metropolitana de Lisboa. Embora a participação destes profissionais tivesse como objectivo inicial estudar e validar a escala, decidimos, no decorrer desta investigação, usar também os dados obtidos nesta região para uma análise comparativa dos resultados globais.

Em seguida, procedeu-se à selecção aleatória de 50% dos profissionais de cada uma das categorias representadas nas EID do distrito de Portalegre, no sentido de se efectuar a *observação participada das práticas*. O autor do presente estudo,

acompanhou cada um dos profissionais ao longo de dois dias de intervenção, sendo de referir que o investigador não tomou parte da acção, estando presente na sessão de apoio com o estatuto de observador.

Por último, procedemos à *análise documental dos processos*, exclusivamente dos casos apoiados pelos profissionais durante a realização da observação participada das práticas.

A análise dos dados foi efectuada em função das variáveis compósitas, obtidas pelo cálculo da média de cotações dos indicadores de qualidade relativos a cada um dos níveis de actuação: *Comunidade, Família, Criança, Serviço e Programa de Intervenção Precoce*. Com base na análise dos valores de assimetria e curtose, bem como cálculo do teste K-S (Kolmogorov-Smirnov), verificou-se a não normalidade da distribuição dos dados, pelo que optámos pela utilização de estatística não paramétrica. Assim, com o objectivo de comparar dois grupos independentes (região do país) usamos o teste de Mann-Whitney e no sentido de comparar vários grupos independentes (categoria profissional e tempo de serviço) usámos o teste de Kruskal-Wallis.

3. RESULTADOS

Os resultados aqui apresentados são relativos aos dados recolhidos, em 2006 e em 2007, em equipas do distrito de Portalegre e serviços da região 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.

3.1. Avaliação de padrões de qualidade percebida

Os resultados parciais 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) no que concerne à autoavaliação da qualidade das suas práticas em intervenção precoce, com base no *Formulário de Autoavaliação de Padrões de Qualidade em Intervenção Precoce*.

Analisando em que medida a autoavaliação dos profissionais, no que diz respeito à qualidade percebida sobre as suas práticas em intervenção precoce, varia em função da região do país em que a equipa/serviço de intervenção precoce está inserida, constatámos que (ver Tabela 2), os profissionais das duas regiões diferem significativamente, nos níveis relativos à *comunidade*, à *criança* e ao *programa*, com

valores do efeito que variam entre fraco e moderado. Estes dados indicam que, nesta escala de autoavaliação, os profissionais do distrito de Portalegre obtêm valores médios mais elevados a nível da *comunidade* e valores mais baixos a nível da *criança* e do *programa* quando comparados com os profissionais da região de Lisboa. Nos restantes níveis de actuação, *família* e *serviço*, não se verificaram diferenças significativas nos resultados em função da região.

Tabela 2 – Diferenças nos resultados obtidos por níveis de actuação em função da região

Níveis	Portalegre		Lisboa		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* são explicadas por cotações mais elevadas dos profissionais de Portalegre em 3 *padrões de qualidade* (*observatório para a infância; informação e apoio* imediato às famílias e *encaminhamento eficaz* das crianças elegíveis). No nível *criança*, as diferenças são explicadas por cotações mais elevadas dos profissionais de Lisboa em 2 *padrões* (*plena participação* das crianças na vida social e *revisão anual* dos casos). Relativamente ao nível *programa*, as diferenças são explicadas por cotações mais elevadas dos profissionais de Lisboa em 3 *padrões* (*plano de actividades, formação contínua* e avaliação do grau de *satisfação da família*).

Embora não haja diferenças significativas na média global no nível *família*, verificámos que existem diferenças estatisticamente significativas em 2 *padrões* onde os profissionais de Portalegre obtêm valores mais altos (*avaliação interdisciplinar* contínua e *direitos e deveres* do utente especificados) e 2 *padrões* aos quais os profissionais de Lisboa atribuem cotações mais elevadas (*nomear responsável de caso e inclusão social* da família). Também no nível *serviço*, apesar de não se encontrarem diferenças na média global, existem diferenças estatisticamente significativas, sempre com valores mais altos nos profissionais de Lisboa, em 3 *padrões* (*equipa* desenvolve programas de base comunitária específicos, *serviço* promove *programas de base comunitária* para detecção precoce de crianças em situações de risco e cumpre os *requisitos de segurança* dos equipamentos).

Tal como podemos verificar na Tabela 3, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente à autoavaliação dos profissionais em função da sua categoria profissional (educadores, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas) em qualquer dos níveis de actuação.

Tabela 3 – Diferenças nos resultados obtidos por níveis em função da categoria profissional

Níveis	E. Infância		Psicologia		S. Social		Terapia		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

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

No entanto, numa análise a nível dos *padrões de qualidade* incluídos em cada nível, verificámos que existem diferenças estatisticamente significativas no nível *criança*, sendo que, no *padrão*: as crianças têm direito a receber ajudas desenvolvimentais que fortaleçam a sua *autonomia*, os assistentes sociais obtêm valores mais baixos; e no nível *serviço*, onde no *padrão*: o serviço dispõe de *contabilidade organizada* que reflecte os recursos financeiros e distribuição orçamental, os terapeutas atribuem cotações mais baixas, quando comparados com os outros profissionais.

Analisando em que medida a autoavaliação dos profissionais varia em função do tempo de serviço a desempenharem funções em programas de intervenção precoce, encontrámos diferenças estatisticamente significativas (ver Tabela 4) no nível relativo à *comunidade*. Estes dados indicam que os profissionais a desempenhar funções há menos de cinco anos obtêm valores médios mais elevados quando comparados com os profissionais a desempenhar funções há mais de cinco anos. Nos restantes níveis de actuação não se verificaram diferenças significativas nos resultados em função do tempo de serviço em programas de intervenção precoce.

Tabela 4 – Diferenças nos resultados obtidos por níveis em função do tempo de serviço

Níveis	inferior 1 ano		2 a 5 anos		superior 5 anos		H(3)
	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 < .05 ** p < .01 *** p < .001

As diferenças nos *padrões de qualidade* incluídos no nível *comunidade* seguem a mesma tendência das diferenças encontradas entre regiões. Contudo, nos outros níveis de actuação isso já não se verifica. Assim, no nível *família* há uma diferença estatisticamente significativa no *padrão*: o *plano individualizado de apoio à família* é elaborado em reunião com a participação da família; obtendo os profissionais a desempenhar funções há menos de cinco anos valores médios mais elevados. No nível *serviço*, apenas se verifica diferença num único padrão: *requisitos de segurança* e no nível *programa*, a diferença regista-se apenas no padrão: *satisfação da família*; sendo os profissionais a desempenharem funções há mais de cinco anos que atribuem os valores mais elevados. Gostaríamos de salientar que no nível *criança* não se registam diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos *padrões* quando comparamos os profissionais em função do tempo de serviço em programas de intervenção precoce.

3.2. Práticas de apoio precoce observadas

No decurso da *observação participada das práticas*, assistimos a 85 sessões de apoio, correspondendo a um total de 62 de casos apoiados. Os dados que passamos a apresentar dizem respeito ao número total de sessões de apoio observadas.

Como o critério de constituição da amostra considerou a proporcionalidade relativa das diferentes categorias profissionais que constituíam as equipas, observámos um total de 40 sessões de apoio realizadas por educadoras, o que corresponde a cerca de metade dos apoios observados (47%), subdividindo-se as demais por psicólogas (12%), assistentes sociais (11%), terapeutas da fala (16%) e terapeuta ocupacional/fisioterapeuta (14%). Constatámos que a maioria das sessões de apoio (72%) se dirigiu a famílias com crianças em situação de risco estabelecido ou de risco ambiental, em percentagens equivalentes (ver Tabela 5) e as restantes, também em número idêntico, a casos de risco biológico ou atraso de desenvolvimento (28%).

Analisando os apoios observados em função da categoria profissional e do tipo de risco, com base na totalidade de apoios por categoria profissional, verificámos que as educadoras intervêm sobretudo em situações de risco ambiental (42%) e de risco estabelecido (38%); as psicólogas em casos de risco ambiental (50%) e de atraso de desenvolvimento (40%); as assistentes sociais quase exclusivamente em situações de risco ambiental (89%); as terapeutas da fala em casos de atraso de desenvolvimento (50%) e de risco estabelecido (43%); o terapeuta ocupacional e fisioterapeuta em situações de risco estabelecido (67%) e também de risco biológico (33%).

Tabela 5 – Sessões de apoio observadas por profissional e tipo de risco

<i>Profissional Observado</i>	<i>Risco Estabelecido</i>	<i>Risco Biológico</i>	<i>Risco Ambiental</i>	<i>Atraso de Desenvolvimento</i>
Educadora	15	7	17	1
Psicóloga	0	1	5	4
A. Social	1	0	8	0
T. Fala	6	0	1	7
T.O./Fisio.	8	4	0	0
Total	30 (35%)	12 (14%)	31 (37%)	12 (14%)

No que concerne aos contextos em que é efectuado o apoio, verifica-se que as sessões de apoio decorrem maioritariamente no domicílio ou em contexto educativo (creche ou jardim de infância) em percentagens equivalentes (ver Tabela 6), decorrendo algumas das intervenções na sede da equipa.

Analisando os contextos em que é realizado o apoio em função da categoria profissional, verificámos que os apoios efectuados pelas assistentes sociais (78%) e pelas educadoras (58%) decorrem maioritariamente no domicílio, enquanto os apoios prestados por psicólogas (70%), terapeutas da fala (64%), terapeuta ocupacional e fisioterapeuta (50%) acontecem sobretudo em contexto educativo.

Tabela 6 – Sessões de apoio observadas por profissional e contexto de intervenção

<i>Profissional Observado</i>	<i>Domicílio</i>	<i>Contexto Educativo</i>	<i>Sede Equipa</i>
Educadora	23	12	5
Psicóloga	2	7	1
A. Social	7	0	2
T. Fala	2	9	3
T.O./Fisio	2	6	4
Total	36 (42%)	34 (40%)	15 (18%)

Embora não seja ainda possível analisar dados relativos ao foco da intervenção (centrada na criança, centrada na família ou centrada no profissional) parece-nos interessante salientar quem estava presente nas sessões de 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 que, de um modo geral (ver Tabela 7 e Tabela 8), as sessões de apoio são na sua maioria dirigidas individualmente à criança, havendo contudo uma percentagem considerável de apoios dirigidos à família, sendo ainda de registar algumas sessões em que a intervenção se dirige a um profissional da equipa ou de um serviço da comunidade.

Tabela 7 – Sessões de apoio observadas em função dos intervenientes e tipo de risco

<i>Tipo de Risco</i>	<i>Família</i>	<i>Criança</i>	<i>Profissional</i>
Estabelecido	11	17	2
Biológico	5	6	1
Ambiental	14	12	5
Atraso Des.	1	10	1
Total	31 (36%)	45 (53%)	9 (11%)

Assinalando os intervenientes na sessão em função do tipo de risco (ver Tabela 7), verificamos que, nas situações de risco estabelecido, há uma maior incidência de intervenções com foco exclusivo na criança (único elemento presente), tal como nos casos de atraso de desenvolvimento, enquanto nas situações de risco biológico e de risco ambiental os apoios se distribuem de modo quase equitativo em função dos elementos presentes (família e criança).

Tabela 8 – Sessões de apoio observadas em função dos intervenientes e profissional

<i>Profissional observado</i>	<i>Família</i>	<i>Criança</i>	<i>Profissional</i>
Educadora	16	20	4
Psicóloga	3	7	0
A. Social	6	0	3
T. Fala	3	10	1
T.O./Fisio	3	8	1
Total	31 (36%)	45 (53%)	9 (11%)

Analisando os elementos presentes na sessão em função do profissional a prestar o apoio (ver Tabela 8), verificamos que há uma maior incidência de intervenções dirigidas à criança nos apoios efectuados por psicólogas (70%), terapeutas da fala (71%) e terapeuta ocupacional/fisioterapeuta (67%); os apoios distribuem-se de modo quase equitativo nas intervenções efectuadas pelas educadoras (presença só da criança, 50% e presença da família, 40%); sendo de referir que nos apoios efectuados pelas assistentes sociais (67%) a intervenção se centra quase exclusivamente na família.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As práticas recomendadas constituem orientações que resultam, em grande parte, da pesquisa efectuada sobre os indicadores de qualidade dos programas de intervenção precoce e 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; Bove, 1995; citados por Gamelas, 2003).

Relativamente à autoavaliação que os profissionais realizaram das suas práticas, os resultados do presente estudo indicam que, no distrito de Portalegre, os serviços estão mais estruturados no que se refere ao nível da *comunidade*, o que indica 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 enquanto que, na zona metropolitana de Lisboa, as práticas parecem estar mais consolidadas no que se refere ao nível da *criança* e também do *programa*. 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 a este último aspecto, pensamos que esta diferença poderá ser explicada, pela repercussão de alguns estudos de avaliação do grau de satisfação das famílias realizados nesta região no âmbito de monografias e dissertações de Mestrado.

No nível *criança*, os resultados mostram que os profissionais da zona de Lisboa se auto-percebem como tendo práticas de melhor qualidade o que poderia ser explicado pelo facto de os serviços dessa região existirem há mais tempo. No entanto, as diferenças em função do tempo de serviço 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 nível de actuação em que têm investido mais e se sentem mais seguros.

No que concerne à observação participada das práticas, os resultados parciais indicam que a tipologia dos casos influencia o profissional que é escolhido para prestar apoio, o tipo de apoio, bem como o contexto em que decorre a intervenção: as assistentes sociais intervêm maioritariamente em situações de risco ambiental e em contexto domiciliário, os terapeutas parecem apoiar sobretudo casos de risco estabelecido em contexto educativo, as psicólogas intervêm principalmente em casos de risco ambiental ou de atraso de desenvolvimento em contexto educativo, as educadoras apoiam casos com tipologia diversa em diferentes contextos, privilegiando o domicílio. 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.

Constata-se que, à excepção dos casos de atraso de desenvolvimento, os elementos presentes nas sessões de apoio, família e/ou criança, não são particularmente influenciados pela tipologia do caso, o que poderá ser um indicador no sentido de o foco de intervenção começar a centrar-se na família.

5. CONCLUSÕES

Um dos Padrões da 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).

Consideramos que, para além de formação, deverá ser implementada a supervisão das práticas que garanta o enfoque adequado dos casos, a reflexão e a actualização contínuas, sendo também 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) superar a fase da mera “justaposição” de profissionais para passar a formar equipas cooperativas que não só partilhem informação, mas que elaborem e organizem as suas propostas e actuações trabalhando juntos; c) sistematizar os processos de avaliação e elaboração dos programas de apoio, estabelecendo procedimentos regulares de registo das situações evolutivas, de formulação de objectivos, de participação da família, de programação das intervenções, de avaliação de resultados e de satisfação da família.

Os padrões de qualidade não são aqui entendidos como um sistema fechado de exigências, mas sim como um *conjunto de indicadores* abertos aos contributos dos diversos agentes, e constituem, tal como refere Ponte (coord., 2004), um princípio de trabalho para acompanhar a diversidade e a regulação coerente dos serviços básicos.

Nesse sentido, os resultados do presente estudo sobre as práticas em intervenção precoce poderão contribuir para criar uma cultura de critérios de qualidade que permitam avaliar as práticas profissionais, bem como para introduzir uma cultura de gestão de procedimentos no âmbito da intervenção precoce e, poderão servir ainda, como estímulo para iniciativas de intercâmbio, formação e investigação.

NOTAS

1 – 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).

CONTACTO PARA CORRESPONDÊNCIA

Maria Elisabete Mendes

Escola Superior de Educação de Portalegre, apartado 125, 7300-027 Portalegre

elisabete@esep.pt

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bailey, D. B. (2001). Evaluating parent involvement and family support in early intervention and preschool programs. *Journal of Early Intervention*, vol. 24 (1), 1-14.
- 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*, vol.64, nº 3, 313-328.
- Bairrão, J. (2003). Tendências actuais em investigação precoce. *Psicologia*, XVII (1), 7-13.
- Bairrão, J.; Almeida, I. C. (2002). *Contributos para o estudo das práticas de intervenção precoce em Portugal*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Despacho Conjunto nº 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.
- Dunst, C.; Bruder, M.B. (2002). Valued outcomes of service coordination, early intervention and natural environments. *Exceptional Children*, vol. 68, 3, 361-375.
- 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.
- Gamelas, A. M. (2003). *Contributos para o estudo da ecologia de contextos pré-escolares inclusivos*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Hauser-Cram, P.; Warfield, M.; Upshur, C.; Weisner, T. (2000). An expanded view of program evaluation in early childhood intervention. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early intervention* (pp. 487-509). Cambridge: Cambridge University Press.
- Mendes, E. (2006). Avaliação das práticas em intervenção precoce. Actas do VI *Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* [CD-ROM]. Évora: Universidade de Évora.
- Mendes, E. (2007). Qualidade das práticas em intervenção precoce. Actas da *Jornada sobre Investigação* (pp.96-109). Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre.
- Pimentel, J. S. (2005). *Intervenção Focada na Família: desejo ou realidade*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Ponte, J. (Coord.) (2004). *Guía de estándares de calidad en atención temprana*. Madrid: IMSERSO, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.