



Vítor Franco
Ana Maria Apolónio

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO
DA INTERVENÇÃO PRECOCE
NO ALENTEJO**

criança, família e comunidade



arsalentejo

Vitor Franco
Ana Maria Apolónio

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO
DA INTERVENÇÃO PRECOCE
NO ALENTEJO**

criança, família e comunidade

Administração Regional de Saúde do Alentejo
Projecto de investigação financiado pelo “*porAlentejo*”

ISBN: 978-989-95662-0-0

Título: Avaliação do Impacto da Intervenção Precoce no Alentejo : *criança, família e comunidade*

Autores: Vítor Franco; Ana Maria Apolónio

Capa e projecto gráfico: D'Arcy Albuquerque

Data e Local de Edição: Évora, 2008

Editor: Administração Regional Saúde do Alentejo, Instituto Público.

Impressão e Acabamento: Fergráfica

“It takes a whole village to raise a child”
(ditado popular de origem desconhecida)

Índice

Introdução [9]

1. Enquadramento [13]

- 1.1. A Intervenção Precoce no Alentejo [15]
- 1.2. A Intervenção Precoce em Portugal [17]
- 1.3. O conceito de Intervenção Precoce [18]
- 1.4. Definições e objectivos da Intervenção Precoce [19]
- 1.5. Estrutura da rede de Intervenção Precoce [20]

2. Objectivos gerais e metodologia [25]

- 2.1. Objectivos [29]
- 2.2. Metodologia [31]

3. Avaliação do impacto da IP [33]

no sistema de saúde

- 3.1. Objectivos [35]
- 3.2. Instrumentos e metodologia [35]
- 3.3. População e Amostra [38]
 - 3.3.1. Distribuição geográfica [38]
 - 3.3.2. Experiência profissional e tempo de serviço [39]
- 3.4. Resultados obtidos [40]
 - 3.4.1. Médicos [40]
 - 3.4.1.1. Informação [40]
 - 3.4.1.2. Mudança [41]
 - 3.4.1.3. Prática [43]
 - 3.4.1.4. Cruzamento de variáveis [46]
 - 3.4.2. Enfermeiros [50]
 - 3.4.2.1. Informação [50]
 - 3.4.2.2. Mudança [51]
 - 3.4.2.3. Prática [53]
 - 3.4.2.4. Cruzamento de variáveis [53]
- 3.5. Discussão dos resultados [56]

4. Avaliação do impacto da IP

[59]

no sistema educativo

- 4.1. Objectivos [61]
- 4.2. Instrumentos e metodologia [61]
- 4.3. População e amostra [63]
 - 4.3.1. Distribuição geográfica [64]
 - 4.3.2. Idade e tempo de serviço [64]
 - 4.3.3. Formação e especialização [65]
- 4.4. Resultados obtidos [65]
 - 4.4.1. Educadores de apoio das equipas de IP [65]
 - 4.4.1.1. População apoiada [65]
 - 4.4.1.2. Impacto ao nível da informação [66]
 - 4.4.1.3. Impacto nas práticas de intervenção dos educadores [67]
 - 4.4.2. Educadores titulares das salas de jardim de infância [69]
 - 4.4.2.1. População apoiada [69]
 - 4.4.2.2. Impacto ao nível da informação [72]
 - 4.4.2.3. Impacto nas práticas educativas [73]
- 4.5. Discussão dos resultados [73]

5. Avaliação do impacto da IP

[77]

no desenvolvimento da criança e da família

- 5.1. Objectivos [79]
- 5.2. Instrumentos e metodologia [80]
- 5.3. População e amostra [82]
 - 5.3.1. Caracterização da criança [83]
 - 5.3.2. Caracterização da família [85]
- 5.4. Resultados obtidos [88]
 - 5.4.1. Caracterização do desenvolvimento da criança [88]
 - 5.4.1.1. Sinalização e diagnóstico da criança [88]
 - 5.4.1.2. Do surgimento do problema ao início do processo de IP [89]
 - 5.4.2. Caracterização da intervenção [93]
 - 5.4.3. Impacto da IP no desenvolvimento da criança [95]
 - 5.4.4. Impacto no desenvolvimento da família [100]
 - 5.4.4.1. Sinalização e diagnóstico da criança [100]
 - 5.4.4.2. Apoio da rede social e inclusão na comunidade [103]
 - 5.4.4.3. Funcionamento familiar [106]
 - 5.4.5. Avaliação global do impacto [108]
- 5.5. Discussão dos resultados [109]

Conclusões [115]

Referencias bibliográficas [125]

Introdução

O projecto de investigação **Avaliação do Impacto da Intervenção Precoce no Alentejo: criança, família e comunidade** surgiu na sequência de um conjunto de acções que, nos últimos 7 anos, permitiram dotar os três distritos do Alentejo de uma rede de Intervenção Precoce no desenvolvimento infantil, pioneira em Portugal e que congrega iniciativas dos serviços regionais dos Ministérios da Saúde, Educação e Solidariedade Social, bem como das instituições privadas de solidariedade social (IPSS). Foi possível, pela primeira vez, criar uma rede alargada e homogénea cobrindo uma ampla região geográfica, com uma estrutura coordenada e abrangente e modelos de trabalho e intervenção articulados, visando o apoio às crianças com perturbações de desenvolvimento ou em risco, e às suas famílias.

[9]

Após um primeiro período de implementação desta rede de serviços, afigurava-se necessário verificar o impacto que ela tem produzido nos diferentes sistemas, profissionais e, em última instância, famílias e crianças que procura servir.

Um estudo desta natureza é essencialmente centrado sobre o resultado das práticas, entendidas de uma forma abrangente e sistémica, alargando-se o campo de investigação neste domínio, que se tem centrado, até agora, mais na validação conceptual dos modelos ou na avaliação da satisfação com as respostas (Cruz, Fontes & Carvalho, 2003). A consolidação de um sistema de Intervenção Precoce terá de assentar na definição de um conjunto de princípios, orientações e práticas que se revelem adequados e exequíveis nos contextos nacional e regional e que se imponham pelos seus resultados.

Bairrão e Almeida (2002, p. 11) alertaram para os riscos da transposição pura e simples de um modelo de intervenção para um país, como o nosso, “sem tradição de trabalho neste domínio, com uma prática ainda incipiente e com notável atraso científico”, sem trabalho prévio de conhecimento da situação actual da investigação neste domínio, e de reflexão sobre “qual a melhor forma de operacionalizar este modelo, se é de facto este o modelo mais adequado à nossa realidade”. A criação de um sistema de intervenção verdadeiramente adequado à realidade portuguesa tem necessariamente de se alicerçar nas avaliações dos resultados obtidos, com uma forte componente pragmática. Foi isso que nos motivou a empreender o trabalho que agora apresentamos. Como ele pretendemos conhecer e dar a conhecer uma realidade que pode escapar ao nosso olhar quotidiano de profissionais comprometidos mas que não escapa à atitude rigorosa de pesquisa sistemática.

O texto que agora publicamos procura apresentar os resultados da pesquisa sobre o impacto da Intervenção Precoce no Alentejo, tendo em conta três tipos distintos de leitores: os investigadores, os técnicos de intervenção precoce e o público leigo,

incluindo os que têm responsabilidades de tomada de decisão em matérias que afectam o funcionamento da rede. Inevitavelmente sentimos algumas dificuldades para dar corpo a um texto que correspondesse aos interesses destes três públicos, mantendo o rigor e a forma exigidos na apresentação dos resultados de trabalho de investigação. Tivemos de encontrar algumas soluções de compromisso. Procurámos não sobrecarregar demasiado o texto, quer com informação estatística quer com excessiva fundamentação teórica e bibliográfica. No entanto, para os interessados em ter informação mais ampla sobre os dados e os procedimentos deste estudo, resolvemos produzir, junto com esta edição, um cd-rom que inclui uma versão completa dos quadros de dados e de análises efectuadas.

[10]

O trabalho apresenta-se assim dividido em 6 grandes capítulos. No primeiro capítulo faremos o enquadramento do estudo no âmbito das concepções e práticas de Intervenção Precoce e da sua evolução a nível nacional e internacional. No segundo capítulo apresentaremos os objectivos do presente projecto de investigação sobre o impacto da Intervenção Precoce no Alentejo, os diferentes estudos que o compõem e as metodologias utilizadas para o concretizar. No terceiro capítulo apresentamos os resultados do estudo do impacto no sistema de saúde, ao nível dos médicos de famílias e dos enfermeiros dos centros de saúde. No quarto capítulo abordaremos o impacto no sistema educativo ao nível das práticas dos educadores de infância, tanto os educadores de apoio como os educadores titulares das salas. No quinto capítulo será analisado o impacto da Intervenção Precoce sobre o desenvolvimento das crianças e das famílias. Serão usados aqui os dados obtidos a partir dos responsáveis de caso das equipas que acompanham as crianças e as famílias, e ainda os obtidos directamente a partir das famílias. Finalmente num capítulo de conclusões, procuramos sintetizar aquilo que nos parece ser mais relevante na leitura dos dados obtidos.

Apresentamos ainda as referências bibliográficas usadas no estudo e, em anexo, os instrumentos utilizados. No cd-rom que acompanha o texto impresso, pode ser encontrada uma apresentação mais exhaustiva dos quadros e das análises de dados efectuadas, bem como uma versão em língua inglesa.

Alguns agradecimentos são devidos às pessoas que contribuíram de forma decisiva para que este trabalho, necessariamente moroso e complexo, fosse possível. Em primeiro lugar é devido um especial agradecimento à Dra. Cristina Miranda, coordenadora da Equipa Regional de Intervenção Precoce do Alentejo e principal impulsionadora da rede instalada. A ela é devido o reconhecimento pela forma como incentivou, apoiou e se empenhou na criação de recursos para que a investigação fosse efectuada. Devemos-lhe igualmente o reconhecimento pelas condições de independência e autonomia para a condução do estudo, única condição compatível com um trabalho de investigação cujos resultados não estão à partida comprometidos com qualquer intenção de mostrar as coisas boas ou de servirem de instrumento para

objectivos funcionais de qualquer tipo. Na convicção partilhada que a investigação não se confunde com um relatório de actividades nem pretende corroborar opções ou práticas, mas apenas produzir uma imagem, o mais rigorosa e abrangente possível da realidade, deixando para outros momentos as ilações e implicações que daí possam resultar.

Agradecemos à ARS a sustentação do projecto, ao assegurar o financiamento da contrapartida nacional e co-financiamento comunitário do “*porAlentejo*”.

Cabe também um agradecimento às equipas de intervenção directa de todos os concelhos que, com excepções muito pontuais, foram da máxima abertura e disponibilidade, não se assustando nem colocando obstáculos mas abrindo a sua prática à investigação, numa atitude sempre de louvar e agradecer, e que é a única compatível com uma atitude de aperfeiçoamento profissional e progressiva qualificação das respostas sociais.

[11]

Agradecemos do mesmo modo aos técnicos (médicos, enfermeiros, educadores de infância e responsáveis de caso) que responderam aos diferentes questionários.

Uma palavra de gratidão também para as famílias que participaram neste estudo e que são afinal, a preocupação última e comum daqueles que, investigadores, decisores ou técnicos, estão implicados na Intervenção Precoce.

Um agradecimento ainda a todos os que trabalharam neste projecto: na construção e passagem dos questionários, na recolha de informação, no tratamento dos dados, na tradução e na edição deste trabalho. Um reconhecimento especial é devido ao Eng.º Fernando Miranda, já que sem o seu empenhamento, e paciência, na gestão do projecto de investigação, nunca teria sido possível a sua concretização.

Uma última palavra é de homenagem ao Professor Joaquim Bairrão Ruivo, por tudo o que fez pela Intervenção Precoce em Portugal e com quem desejámos, e não pudemos, discutir os resultados deste trabalho.

1. Enquadramento

1. Enquadramento

1.1. Intervenção Precoce no Alentejo

A Intervenção Precoce no desenvolvimento das crianças, teve, na região do Alentejo, diversas experiências de implementação nos últimos 20 anos. As primeiras verificaram-se no final dos anos 80, no domínio da educação, acompanhando o que, na época, se começava a fazer em Portugal para criação de respostas especializadas no apoio às crianças com dificuldades de desenvolvimento. No âmbito da educação especial, a primeira experiência teve a forma de um projecto de sala de estimulação, destinada a receber e apoiar crianças com algum tipo de problema desenvolvimental.

[15]

No início dos anos 90 são assinados os dois primeiros acordos atípicos (para Apoio Técnico Precoce) com o Centro Regional de Segurança Social de Évora que deram lugar à criação de duas equipas dedicadas à Intervenção Precoce: A Cercimor promoveu a celebração de um acordo tripartido com a Segurança Social, a Educação e a Saúde que deu sustentabilidade ao Projecto de Intervenção Precoce de Montemor-o-Novo, a funcionar, desde o início, num modelo muito próximo do PIIP de Coimbra. O Núcleo de Évora da APPC- Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral criou o CDIP- Centro de Desenvolvimento e Intervenção Precoce, com uma equipa dedicada ao apoio e intervenção com crianças com paralisia cerebral ou perturbações neuro-motoras do desenvolvimento. Estes acordos foram assinados em 1992, desenvolvendo ambas as instituições a sua actividade até hoje, ininterruptamente, sendo das mais antigas a nível nacional, possuindo neste momento uma experiência sólida e significativa, resultante do apoio prestado a centenas de crianças e famílias.

A necessidade de uma cobertura mais ampla da rede de intervenção no domínio do desenvolvimento infantil levou, em Évora, à tentativa de constituição de equipas e de uma estrutura distrital que envolvesse as equipas e educadores do Ministério da Educação, os serviços hospitalares e de saúde dependentes do Ministério da Saúde, os serviços do Centro Regional de Segurança Social e as IPSS que trabalham no domínio da deficiência ou do apoio à infância. No final dos anos 90 foram ensaiados vários passos no sentido de uma rede mais ampla de articulação de serviços e de cobertura das necessidades, evitando duplicação de apoios às crianças e famílias e fazendo a articulação das respostas. Nos distritos de Beja e Portalegre surgiram entretanto, com carácter pontual, as primeiras respostas ao nível da Intervenção Precoce, a partir das instituições e serviços já existentes.

A rede regional e distrital de Intervenção Precoce, constituída já com base no Despacho Conjunto 891/99 de 18/10, foi desenvolvida a partir de 2001 e permitiu

instituir e consolidar a estrutura em toda a região, de forma alargada e inovadora para o nosso país, cobrindo progressivamente todos os concelhos dos distritos de Évora e Portalegre e encontrando-se em fase de expansão no distrito de Beja.

A Equipa Regional de Intervenção Precoce do Alentejo iniciou a sua acção ainda em 2000, com um levantamento de necessidades elaborado pelos serviços dos três ministérios envolvidos. As equipas distritais foram constituídas no final do primeiro semestre de 2001 e, com base nos dados do levantamento de necessidades, iniciaram o planeamento da sua actividade a partir das iniciativas já existentes.

[16]

Em 2002 e 2003 teve início a organização da rede de serviços nos distritos de Évora e Portalegre, enquanto no distrito de Beja, por constrangimentos vários, o seu desenvolvimento apresentou um ritmo mais lento. Só em 2004 a Equipa de Coordenação Distrital de Beja ultrapassou as dificuldades iniciais e assumiu um funcionamento intersectorial regular.

Até ao final de 2005 os distritos de Évora e Portalegre foram totalmente cobertos pela rede de equipas. Em Évora verificava-se uma cobertura total dos concelhos, embora nem todos com a entidade promotora aí sediada. Quatro instituições de suporte apoiaram mais do que uma equipa de intervenção directa: a APCE, a CERCIDIANA, a CERCIMOR e a Santa Casa da Misericórdia de Reguengos de Monsaraz. Esta foi a solução encontrada pela Equipa de Coordenação Distrital de Évora para assegurar a cobertura de concelhos onde era necessário um maior investimento ao nível das parcerias locais para encontrar a instituição com melhores condições para assumir o papel de entidade promotora.

No distrito de Portalegre a abrangência da rede baseou-se em três IPSS que trabalhavam já no apoio à população com deficiência e que asseguraram a cobertura de vários concelhos: a APPACDM de Elvas, a APPACDM de Portalegre e o CRIPS de Ponte de Sôr. Inicialmente cada instituição tinha a seu cargo mais do que uma equipa de intervenção directa, garantindo assim a cobertura do distrito. Ao longo dos anos ocorreu uma gradual passagem da responsabilidade das equipas para outras instituições que foram integrando a rede de serviços, numa lógica concelhia.

No distrito de Beja houve um relançamento da rede a partir de finais de 2004, com a celebração de novos acordos em mais dois concelhos, de modo que, no final de 2005, contava com cinco equipas a funcionar, com acordos de cooperação assinados, e duas em fase inicial de levantamento de necessidades (Almodôvar e Aljustrel) que no ano seguinte consolidaram o trabalho desenvolvido, embora ainda sem acordos firmados. Em 2006 a rede alargou-se a mais 4 concelhos, de forma ainda incipiente mas com o estabelecimento de parcerias informais que permitiram o levantamento de necessidades e a atribuição de alguns recursos para o início das respostas.

1.2. Intervenção Precoce em Portugal

A criação destas resposta na região do Alentejo é algo completamente inovador na realidade nacional, uma vez que em nenhuma outra região foi entretanto possível, apesar do Despacho Conjunto 891/99, criar uma rede integrando todas as instituições e serviços bem como as estruturas autárquicas. No entanto é de igual modo indissociável do percurso de implementação de uma perspectiva e de práticas de Intervenção Precoce no nosso país, que muito deve à iniciativa pioneira do PIIP-Projecto Integrado de Intervenção Precoce de Coimbra (numa parceria dinamizada pelo Hospital Pediátrico de Coimbra e a APPACDM) e das equipas que promoveu, procurando uma metodologia de trabalho adequada às necessidades das crianças e famílias numa base essencialmente territorial.

[17]

A criação de respostas para as necessidades globais do desenvolvimento das crianças mais pequenas portadoras de deficiência começou a estruturar-se, na segunda metade dos anos 60, em torno da criação do Instituto de Assistência a Menores, do Ministério da Saúde e Assistência, e do Serviço de Orientação Domiciliária, visando o apoio a pais de crianças cegas. São os primeiros programas para crianças com deficiência, dentro de um modelo médico e ligados aos serviços de saúde (Costa, 1984).

Depois da primeira resposta de apoio especializado para as crianças cegas, foi a vez das crianças com paralisia cerebral terem igualmente uma resposta específica através dos centros de paralisia cerebral e da Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral. Começaram também a ser criadas as APPACDM, mais vocacionadas para o trabalho com a deficiência mental.

A década de 70 foi marcada primeiramente pela criação dos centros de educação especial, passando o Ministério da Educação a ter uma estrutura dedicada à educação das crianças com necessidades especiais. Embora ainda fosse raro as crianças portadoras de deficiência frequentarem os jardins de infância, as equipas de educação especial passaram a ser responsáveis por responder às suas necessidades educativas.

A partir de 1974 houve mudanças significativas no panorama do apoio às crianças com perturbações do desenvolvimento, com a criação das CERCI, embora as respostas ali criadas fossem especialmente pensadas para as crianças em idade escolar. Verificou-se também, ao nível das IPSS, um esforço considerável de integração das crianças com deficiência nos jardins de infância e no acesso à educação pré-escolar.

Como primeira experiência de conjugação de esforços da Saúde, da Educação, da Segurança Social e outras entidades públicas e privadas surgiu o Projecto de Águeda, que ensaiou um modelo para crianças com problemas de desenvolvimento e crianças em risco, que viria, mais tarde, a inspirar a base conceptual do PIIP de Coimbra.

Nos anos 80 foi largamente enfatizada a necessidade de criação de respostas educativas precoces que acompanhassem a perspectiva de reabilitação já desenvolvida em múltiplas instituições. A detecção precoce passou a ser um conceito-chave ao nível da saúde infantil e das perturbações do desenvolvimento, e o de estimulação precoce acentuou a importância da intervenção no desenvolvimento ser feita cedo, motivando programas que visavam organizar essa intervenção. Surgiram os primeiros programas de Intervenção Precoce com “estrutura organizativa e enquadramento teórico consistente” (Bairrão & Almeida, 2002) muito ligados ao trabalho desenvolvido no COMP/COOMP/DSOIP (usando essencialmente o modelo Portage) e, posteriormente, o PIIP de Coimbra. O Projecto Integrado de Intervenção Precoce de Coimbra iniciou a sua actividade em 1989 e criou um modelo novo de colaboração entre diferentes serviços públicos (Educação, Saúde, e Segurança Social) e privados (IPSS).

[18]

As orientações e opções experimentadas pelo PIIP de Coimbra vieram a dar lugar ao Despacho Conjunto 891/99 de 18/10, que desde então tem norteado as decisões institucionais e governamentais neste domínio. A implementação das orientações nele contidas não se revelou possível a um nível nacional, mas tem servido de guia para alguns projectos de âmbito mais pontual, local ou concelhio. Apesar de ter terminado o seu período de experimentação, continua a ser o documento legal de referência e foi à luz deste documento que se constituiu a experiência que aqui procuramos avaliar.

1.3. O conceito de Intervenção Precoce

A nível internacional a concepção de Intervenção Precoce surgiu muito ligado ao apoio às crianças portadoras de deficiência, tendo progressivamente assumido uma perspectiva mais abrangente. Nos diferentes países as práticas de IP dependem grandemente das tradições e opções políticas quanto à saúde, educação e assistência às crianças e, por isso, têm resultado em decisões político-administrativas e técnico-científicas bastante diversas.

A conceptualização da Intervenção Precoce assenta em três grandes fundamentos psicológicos e desenvolvimentais:

O primeiro é fornecido pelos contributos do campo das neurociências, nomeadamente o que tem a ver com a plasticidade cerebral, que permitem compreender que ao que ameaça ou afecta o desenvolvimento nos primeiros tempos de vida, se podem contrapor a maleabilidade e as potencialidades de maturação rápida que o sistema nervoso central tem nessa altura. Isto leva a que a Intervenção Precoce preconize uma acção sobre o desenvolvimento em tempo oportuno, ou seja, quanto mais cedo melhor, porquanto aquilo que pode evitar ou o que pode promover nos

primeiros tempos de vida só mesmo nessa altura o pode fazer.

O segundo grande pilar, assenta sobre os estudos acerca do desenvolvimento infantil que realçam a importância dos primeiros tempos de vida, da relação mãe - bebé, e colocam em evidência as enormes capacidades dos bebés e das crianças pequenas. Mais ainda, que essas capacidades apontam todas para o estabelecimento de vínculos e para a competência em estabelecer relações e transacções (Sameroff & Fiese, 2000) fundamentais para o desenvolvimento.

Em terceiro lugar, assenta no contributo das perspectivas ecológicas (Bronfenbrenner, 1979) e sistémicas que têm realçado a importância dos factores do meio, do ambiente e dos contextos no desenvolvimento.

[19]

Daqui decorre que as estratégias e programas de intervenção, hoje em dia, considerem tanto os aspectos pessoais e intraindividuais do desenvolvimento (condição biológica, física, emocional e cognitiva) como os aspectos relacionais e transaccionais (nomeadamente dentro da família) como ainda as dimensões sistémicas e contextuais do desenvolvimento (o ambiente social, cultural e político - organizacional).

Por esta razão a Intervenção Precoce tem como potencial não se situar num dos campos clássicos de intervenção (nomeadamente a educação, a saúde ou a educação especial) mas na intersecção de todos os sistemas e práticas que têm como alvo a criança pequena. Pela mesma razão, optámos por dar a este estudo um subtítulo que esclarece o âmbito da avaliação que pretendemos efectuar e que considera tanto a criança, como a família e a comunidade alargada em que se situa.

1.4. Definições e objectivos da Intervenção Precoce

Todas as definições de Intervenção Precoce, para além de identificarem uma faixa etária específica, enunciam alguns princípios que lhes estão subjacentes e são comuns. Todas entendem a criança como um todo e, sendo assim, tendem a considerar a intervenção como global. Também consideram a criança não apenas nas suas características intrínsecas e individuais, mas inserem-na num contexto de vida, relacional e cultural. Acentuam ainda a necessidade da intervenção ter um momento certo e oportuno, tão cedo quanto possível, para ser feita, independentemente da natureza das acções específicas que a possam constituir.

O Despacho Conjunto 891/99 de 18/10, que estabeleceu princípios orientador para Portugal, define Intervenção Precoce como:

Uma medida de apoio integrado, centrado na criança e na família, mediante acções de natureza preventiva e habilitativa, designadamente no âmbito da

educação, saúde e acção social, com vista a: a) assegurar condições facilitadoras do desenvolvimento da criança com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento, b) potenciar a melhoria das interações familiares e c) reforçar as competências familiares como suporte da sua progressiva capacitação e autonomia face à problemática da deficiência.

Nesta e na generalidade das definições encontramos os seguintes aspectos fundamentais:

- É dirigida a crianças até 6 anos (com ênfase especial até aos 3 anos);
- É dirigida a crianças com deficiência, perturbações do desenvolvimento ou em risco de virem a manifestar essas perturbações;
- É dirigida à criança na sua globalidade e não apenas aos aspectos deficitários do desenvolvimento;
- Visa assegurar as condições para o bom desenvolvimento;
- É uma medida integrada (ao nível da saúde, educação e protecção social);
- É dirigida não só à criança como à família e ao contexto.

[20]

De acordo com o mesmo Despacho, são objectivos da Intervenção Precoce:

a) Criar condições facilitadoras do desenvolvimento global da criança, minimizando problemas das deficiências ou do risco de atraso do desenvolvimento e prevenindo eventuais sequelas;

b) Optimizar as condições da interacção criança/família, mediante a informação sobre a problemática em causa, o reforço das respectivas capacidades e competências, designadamente na identificação e utilização dos seus recursos e dos da comunidade, e ainda da capacidade de decidir e controlar a sua dinâmica familiar;

c) Envolver a comunidade no processo de intervenção, de forma contínua e articulada, optimizando os recursos existentes e as redes formais e informais de interajuda.

1.5. Estrutura da Rede de Intervenção Precoce

A implementação de programas de Intervenção Precoce visa, portanto, promover mudanças na qualidade dos cuidados e serviços prestados às crianças com menos de 6 anos com deficiência ou em risco e, em última análise, promover o seu melhor desenvolvimento e inclusão na comunidade.

Para isso, o Despacho Conjunto 891/99 prevê a criação de uma rede de base geográfica que integre as estruturas locais na área da saúde, segurança social e educação (centros de saúde, hospitais, serviços locais de acção social, jardins de

infância e estruturas educativas promotoras da inclusão) e também as restantes estruturas locais públicas e privadas que trabalham no sector (IPSS que agem no domínio da reabilitação ou da protecção à infância, Autarquias e outras instituições implicadas na protecção social).

É com estas estruturas de nível concelhio que cada equipa intervenção directa se articula, de forma próxima, de modo a que as necessidades do seu âmbito territorial possam ser respondidas através do envolvimento e dos contributos dos diferentes parceiros. Prevê-se ainda que as diferentes estruturas concelhias respondam perante uma equipa de coordenação de âmbito distrital que, por sua vez, se articula com uma coordenação regional.

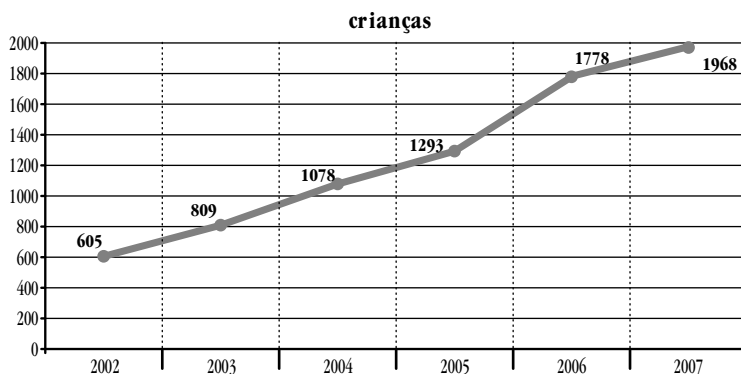
Nesta perspectiva, a Equipa Regional do Alentejo promoveu a criação de estruturas a nível regional, distrital e concelhio, numa dinâmica de parceria intersectorial, que permitiu a cobertura significativa dos 3 distritos alentejanos por equipas de intervenção directa, graças a uma rentabilização dos recursos existentes e a um considerável investimento em meios materiais e humanos por parte dos Ministérios envolvidos. Isso permitiu que a região Alentejo, no final de 2007, esteja quase totalmente coberta pela rede de Intervenção Precoce, com 35 equipas de intervenção directa, que abrangem 39 concelhos. Apenas no distrito de Beja se verifica a existência de 4 concelhos em fase inicial de implementação das respostas.

A rede regional engloba 25 entidades (IPSS ou equiparadas) que asseguram o suporte institucional das equipas, para além de uma multiplicidade de serviços e estruturas que constituem os recursos locais de cada comunidade. As equipas de intervenção directa têm uma constituição pluridisciplinar, contando com terapeutas, psicólogos, educadores de infância, técnicos de serviço social e, nalguns casos, médicos de família e enfermeiros.

A população apoiada registou um aumento significativo ao longo dos anos, como pode ser verificado na **figura 1**. Entre 2002 e 2007 o número de crianças apoiadas passou de 605 para 1968. Esse aumento foi constante nos três distritos: em Évora passou de 295 para 940, em Portalegre de 122 para 590 e em Beja de 188 para 438.

O número de técnicos envolvidos nas equipas também tem vindo a crescer de forma gradual, sendo, no final de 2006, de 243, dos quais mais de metade (134) a tempo integral (**figura 2**). O maior número é de educadores de infância, pertencentes ao Ministério da Educação e destacados para integrar as equipas, havendo depois um elevado número de psicólogos, terapeutas (fisioterapeutas, terapeutas da fala e terapeutas ocupacionais) e técnicos de serviço social a tempo inteiro e a tempo parcial. Os enfermeiros e médicos que integram as equipas estão apenas a tempo parcial, ou seja, mantendo as suas funções anteriores em outros serviços, nomeadamente os

Figura 1 - Evolução do número de crianças apoiadas



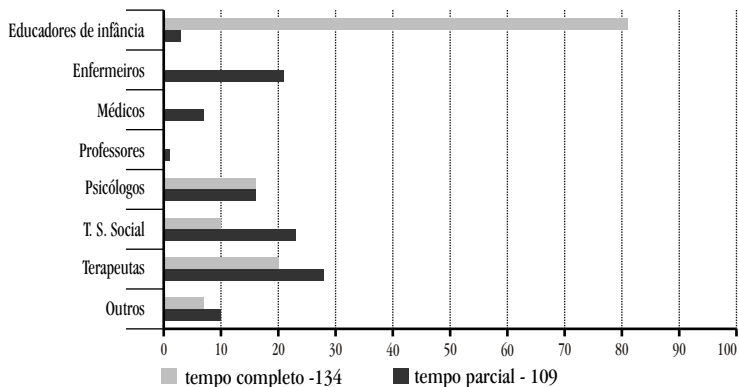
[22]

centros de saúde.

Numa perspectiva de completa cobertura territorial, foi estimulada a criação de parcerias locais, em cada concelho, importantes para a articulação dos recursos existentes localmente para resposta às muitas necessidades identificadas pelas equipas.

A existência de uma verdadeira rede regional, assente numa estrutura que compreende equipas de coordenação regional e distritais, equipas de intervenção

Figura 2 - Número de técnicos envolvidos



directa de âmbito concelhio e ainda equipas mais alargadas (conselho de parceiros ou equipas de coordenação concelhia) permitiu estimular a aproximação e articulação interserviços, aos vários níveis. A nível regional, através do envolvimento dos organismos de cada ministério no planeamento das acções desenvolvidas e no financiamento dos recursos necessários. A nível local com a ênfase nos cuidados de saúde primários, através dos centros de saúde, como elemento fundamental na detecção precoce de crianças com problemas de desenvolvimento, na sua sinalização para as respostas necessárias e no envolvimento dos profissionais nas próprias respostas disponíveis para as crianças e famílias. Permitiu ainda aprofundar parcerias nos outros níveis envolvidos, nomeadamente com a Segurança Social, através do relacionamento entre as equipas diferenciadas da Segurança Social e as equipas de intervenção directa e ao nível da educação, com a afectação de recursos indispensáveis e a melhoria da articulação intersectorial entre os vários sectores da educação.

[23]

A natureza desta rede assenta na vontade de permitir soluções mais próximas da população. Próximas das crianças e famílias que assim não têm tanta necessidade de se deslocarem e, por outro lado, colocando a resolução dos problemas numa fronteira de maior proximidade, recorrendo às entidades e recursos da comunidade local:

- Centros de saúde: incluindo os médicos de família e enfermeiros;
- Jardins de infância: tanto os educadores titulares das salas como os das equipas de apoio educativo;
- Serviços hospitalares: serviços de pediatria, obstetria, neonatologia, consultas de desenvolvimento e de risco, consultas de especialidade, serviços de saúde mental infantil;
- Serviços de apoio à criança e família no âmbito da Segurança Social;
- Instituições de promoção do desenvolvimento, reabilitação e apoio à pessoa com deficiência (IPSS);
- Instituições de apoio à infância (Misericórdias, associações, etc);
- Autarquias;
- Forças de segurança envolvidas na protecção à infância;
- Outros serviços de apoio à criança e família.

A existência de uma rede próxima de serviços poderá ter ganhos a diferentes níveis. Em primeiro lugar pela efectiva acessibilidade aos serviços, sem necessidade de deslocações aos maiores centros urbanos em que, habitualmente, estão localizados os serviços centrais. Neste processo de proximidade, os centros de saúde e, mais especificamente, os médicos de família acabam por ter um papel fundamental como sinalizadores das problemáticas. Podendo ser ou não membros das equipas locais de intervenção directa ou das equipas de parceiros, são interlocutores fundamentais na interligação com os serviços.

Um segundo aspecto que decorre deste funcionamento em rede é a efectiva melhoria ao nível da articulação entre serviços. Existindo múltiplas responsabilidades, competências e recursos em cada concelho, todos eles podem ser mobilizados na criação de respostas integradas, tirando o melhor proveito dos recursos existentes e aumentando a capacidade da comunidade de criar respostas para problemas complexos que não passam apenas pelo apoio no domínio da saúde ou da educação mas inclui a criação de respostas abrangentes e integradas.

2. Objectivos e gerais e metodologia

2. Objectivos gerais e metodologia

Para a definição dos objectivos e do desenho do presente estudo tivemos em conta aquilo que diferentes autores e investigações têm ressaltado acerca da especificidade dos resultados de programas de Intervenção Precoce.

De acordo com Bairrão & Almeida (2003) os programas de Intervenção Precoce têm um carácter simultaneamente individualizado e abrangente. Individualizado porque cada criança é vista como um ser único, com características e necessidades específicas que exigem um programa delineado para a sua realidade, e abrangente porque não se dirige apenas à crianças mas também à sua família e à comunidade em que ambas se inserem. Deste modo, o seu impacto deve ser avaliado a dois níveis: os efeitos esperados para a criança em termos do seu desenvolvimento e competências e os resultados em relação à família que se referem ao modo como percebe o impacto que o apoio prestado teve na vida da criança e da família.

Nesta perspectiva o objectivo último é sempre o impacto no desenvolvimento da crianças. No entanto tal é indissociável daquilo que ocorre na família e do que acontece no desenvolvimento dos agentes envolvidos no processo de cuidados com a criança. Os mesmos autores (Bairrão & Almeida, 2002) citam uma definição de Dunst que aponta pistas para as características de um serviço de qualidade, considerando a Intervenção Precoce como uma *“forma de apoio prestado pelos membros de redes sociais de suporte formal e informal, que vai ter um impacto directo e indirecto sobre o funcionamento dos pais, da família e da comunidade”*. Tal ajudou-nos a definir o âmbito do que pretendemos avaliar: a criança, a família e a comunidade.

Também o Documento de Orientação de L'Office des Personnes Handicapées du Québec (Bégin, 1992) identifica como indicadores de eficácia da Intervenção Precoce:

- Melhor sentimento de competência por parte dos pais;
- Maior implicação dos pais na gestão da educação das crianças;
- Melhor adaptação da família à deficiência da criança;
- Prevenção de problemas mais graves;
- Melhorias no desenvolvimento e no estado geral de saúde da criança;
- Permanência da criança no seu seio familiar;
- Facilidade de integração na escola regular.

O que nos leva a acentuar a pressuposto básico que a IP deve, por um lado, promover o máximo desenvolvimento de todas as capacidades da criança e, por outro, desenvolver as capacidades da família para estimular o desenvolvimento infantil e adaptar-se às características da criança.

Shonkoff & Meisels (2000), definem 3 áreas na avaliação dos resultados da Intervenção Precoce nas famílias: a quantidade e qualidade da interacção mãe-criança, a dimensão e utilidade da rede de suporte social da família e o stress percebido pelos pais.

Por seu lado Turnbull (Bailey *et al.*, 1998) conceptualiza os resultados nas famílias em duas classes: os resultados ao nível da motivação, que englobam a auto-eficácia, o controle percebido, a esperança, a energia e a persistência, e os resultados ao nível dos conhecimentos e capacidades, nomeadamente na informação, resolução de problemas, capacidade de *coping* e capacidades comunicacionais. O que nos ajuda a procurar a natureza do impacto esperado no desenvolvimento das famílias.

[28]

O National Early Intervention Longitudinal Study - NEELS (Hebbeler & al, 1998, 1999, 2001) é um estudo sobre os serviços de Intervenção Precoce, realizado nos Estados Unidos com a coordenação do SRI International, que decorreu entre 1997 e 1998. Abrangeu 3 338 crianças com deficiência ou em risco e suas famílias, com um carácter longitudinal, seguindo as crianças e famílias desde que entraram para o programa de IP até ao fim da permanência no jardim de infância. As grandes linhas de investigação do NEELS assentaram em 4 questões fundamentais: a) quem são as crianças e as famílias que recebem os serviços de IP, b) quais os serviços prestados e de que modo, c) quais os custos desses serviços e d) quais os resultados obtidos, ao nível das crianças e das famílias. A moldura conceptual que o enquadra reflecte uma perspectiva transaccional e ecológica, que defende que o desenvolvimento destas crianças é influenciado por muitos factores interrelacionados, nomeadamente os factores biológicos (perturbações genéticas), sociais (as interacções dos membros da família com a criança), ambientais, (como, por exemplo, os brinquedos disponíveis em casa) e os factores culturais (que dizem respeito às tradições e crenças familiares sobre como educar uma criança).

No âmbito deste estudo, Bailey *et al.* (1998) consideram que, ao contrário da maioria dos estudos realizados sobre a IP que olham apenas os resultados na criança, uma avaliação abrangente não pode deixar de abordar os resultados a nível familiar, de acordo com o objectivo alargado da IP de dar suporte às famílias de crianças com deficiência ou perturbações de desenvolvimento. Identifica dois tipos de resultados, reflectidos num conjunto de indicadores esperados. O primeiro conjunto diz respeito às percepções que a família tem da experiência de IP e tem a ver com a satisfação com os serviços prestados, ao nível da adequação, eficácia, sensibilidade dos profissionais e individualização dos serviços. Uma visão positiva dos serviços constitui um indicador válido da sua eficácia. O segundo conjunto foca o impacto da IP nos vários domínios da vida familiar, nomeadamente as percepções parentais sobre as suas competências enquanto prestadores de serviços, a capacidade de trabalhar com os profissionais, reforçando o seu locus de controle, o optimismo sobre o futuro, o aumento da

qualidade de vida e a ajuda para construir um sistema de suporte forte. Não sendo nossa intenção trabalhar sobre a satisfação das famílias ou sobre as suas percepções acerca dos serviços, a identificação dos resultados do impacto teria de assentar fundamentalmente sobre este segundo tipo de indicadores.

2.1. Objectivos

Depois da implementação dos projectos de Intervenção Precoce na região não foi efectuado nenhum estudo que permita avaliar os seus resultados, embora exista bastante informação sobre as actividades desenvolvidas e o funcionamento do sistema. Alguns estudos têm sido efectuados, noutras regiões, sobre aspectos particulares da Intervenção Precoce, nomeadamente sobre as práticas de IP no sector da educação e sobre a satisfação com os programas, mas não se conhece qualquer estudo sobre o impacto das práticas de Intervenção Precoce numa determinada zona ou em larga escala.

Após este primeiro período de implementação no terreno das respostas de Intervenção Precoce, afigura-se necessário olhar os resultados desta nova realidade.

Por um lado, estando perante a primeira experiência de âmbito regional, importa conhecer as práticas desenvolvidas do ponto de vista dos diferentes agentes, de forma a verificar em que medida as práticas implementadas estão a corresponder aos objectivos que se propõe alcançar. “É necessário, em primeiro lugar, colher dados sobre as práticas de Intervenção Precoce junto dos seus actuais agentes e, em seguida, analisar de que modo tais práticas se poderão adequar a uma rede de serviços que funcione de acordo com aquilo que hoje internacionalmente se considera como uma prestação de qualidade (Bairrão & Almeida, 2002, p.11).

Por outro lado, na perspectiva da rede regional, torna-se agora crucial avaliar os resultados do trabalho já realizado, de forma a ser possível corrigir desajustamentos que possam ser detectados e identificados, caminhando progressivamente para formas de intervenção globalmente eficazes e consonantes com os seus objectivos.

Nas sequência daquilo que os diferentes autores têm salientado, esta avaliação deve ser efectuada ao nível das várias componentes do sistema nomeadamente, as famílias apoiadas e o desenvolvimento das crianças com deficiência ou em risco de atraso, os profissionais da saúde (médicos de família e enfermeiros) e os educadores dos jardins de infância e das equipas de apoios educativos, enquanto participantes activos do ecossistema em que se processa o desenvolvimento da criança. Outros elementos do sistema social poderiam ser alvo de avaliação, mas estes são, sem dúvida, os mais operacionalizáveis. Ficam de fora elementos fundamentais do suporte social (família alargada, amigos, vizinhos, etc.), a avaliação da relação com os pares, assim

como diferentes grupos profissionais directa ou indirectamente implicados na rede de cuidados.

Tendo em conta também o investimento efectuado há que avaliar e quantificar o impacto que todos esses recursos têm provocado. Tanto o impacto directo provocado pela acção técnica dos profissionais das equipas de IP, como o impacto provocado nas práticas de atendimento e cuidados das crianças nos serviços e profissionais pré-existentes ao próprio projecto e que com ele se articulam.

A presente investigação tem assim como objectivo global avaliar o impacto das acções desenvolvidas pelos projectos de Intervenção Precoce implementados da região Alentejo no âmbito das orientações do Despacho Conjunto 891/99.

[30]

São seus objectivos específicos:

- Avaliar o impacto da Intervenção Precoce no desenvolvimento das crianças com deficiência e/ou em grave risco;
- Avaliar o impacto da Intervenção Precoce no desenvolvimento das famílias apoiadas;
- Avaliar o impacto da Intervenção Precoce no funcionamento da comunidade envolvida, nomeadamente dos serviços de saúde e de educação.

De sublinhar que não se pretende avaliar a natureza do trabalho desenvolvido pelos técnicos das equipas, mas apenas o impacto que ele provoca a montante e jusante.

Também não é objectivo do estudo avaliar a forma como os técnicos ou equipas trabalham à luz de determinado referencial teórico. Muito menos ainda foi considerado objectivo do estudo avaliar a adequação das práticas aos modelos teóricos, embora necessariamente os resultados obtidos tenham de ser avaliados em função daquilo que o sistema se propõe alcançar.

A satisfação dos agentes implicados, famílias, técnicos ou serviços também não é objectivo do estudo, e particularmente na avaliação do impacto nas famílias procurámos que este aspecto não fosse confundido com a avaliação da mudança sentida no domínio intra-familiar ou na criança.

Embora haja outros elementos da comunidade implicados no suporte ou no sistema de intervenção, não serão, como dissemos, objecto do estudo. Nalguns casos por terem práticas menos tipificadas e, por isso, menos susceptíveis de avaliação da mudança. O que não representa qualquer subvalorização das actividades profissionais implicadas nas respostas da rede (por exemplo os terapeutas ou os técnicos do serviço social).

O problema que a presente investigação pretende abordar é assim a dimensão e a forma do impacto resultante da implementação de medidas e práticas de Intervenção Precoce a vários níveis, ou em diferentes elementos do sistema:

- as famílias, no seu funcionamento e desenvolvimento;
- o desenvolvimento das crianças;
- os técnicos de saúde;
- os técnicos de educação.

2.2. Metodologia

Para podermos alcançar um conjunto de objectivos tão alargado, optámos por realizar 3 estudos, cada um dos quais a partir do questionamento de duas populações:

Estudo 1 - Avaliação do impacto da Intervenção Precoce no sistema de saúde, a partir das respostas de médicos e enfermeiros dos centros de saúde.

Estudo 2 - Avaliação do impacto da Intervenção Precoce nas práticas educativas integradas, a partir das respostas dos educadores das salas de jardim de infância e das equipas de intervenção.

Estudo 3 - Avaliação do impacto da Intervenção Precoce nas crianças e nas famílias, a partir das respostas destas e dos responsáveis de caso das equipas de intervenção.

A avaliação do impacto centra-se assim, essencialmente, na forma como os diferentes agentes o percebem, não se considerando, à partida, a viabilidade de seguir metodologias de observação directa. Não foi, por exemplo, efectuada a avaliação do desenvolvimento da criança antes e depois da implementação de um programa, para avaliar o ganho obtido, mas foram tidas em conta as avaliações desse ganho na perspectiva da família e na perspectiva dos técnicos. O mesmo acontece em relação aos outros agentes e parceiros, em que a abordagem feita foi no sentido de identificar o ganho referido pelos técnicos ou a forma como vêm a situação, não se tendo observado directamente as suas práticas.

Procurámos encontrar metodologias que permitissem ouvir os intervenientes no processo. Como metodologia genérica optámos por construir e utilizar questionários que permitissem recolher as opiniões de cada um dos grupos estudados. A recolha de outro tipo de informação, nomeadamente a consulta dos relatórios de actividades, não constituiu conteúdo a pesquisar mas foi útil para a construção dos instrumentos.

O tipo de questionário, a forma de construção, a sua utilização e a sua abrangência foi diferente em cada um dos estudos. Para o primeiro estudo optou-se por realizar os questionários telefonicamente de forma a ser mais fácil o acesso aos sujeitos, pelo que optámos por um questionário com perguntas mais objectivas, fechadas, e de resposta rápida. No segundo estudo, optámos por recolha através do correio, dada a

dificuldade de localizar ou encontrar os sujeitos, face à sua dispersão. No terceiro estudo, optámos por recolha directa que, embora mais morosa e exigindo recursos mais vastos, se afigurou como a única que poderia garantir a qualidade e aferição das respostas e o seu desenvolvimento mais qualitativo.

O processo de construção de cada um dos instrumentos, o respectivo conteúdo e a forma como foram utilizados serão mais pormenorizados quando da apresentação de cada um dos estudos.

Como em qualquer investigação, procurámos ter um conjunto de cuidados éticos e deontológicos relativos às metodologias utilizadas e à forma de relação com os participantes. Todos os participantes foram previamente informados sobre a natureza e objectivos do estudo, de forma tal que não tivesse interferência no sentido das respostas. Nos casos em que se justificava, foi pedida autorização às estruturas hierárquicas competentes e garantida a respectiva autorização e cooperação. Todos os que aceitaram participar no estudo deram assim o seu consentimento informado a que as suas respostas fossem incluídas na investigação, sempre com a garantia da sua total confidencialidade. Para garantir o carácter sigiloso das respostas obtidas, os resultados que serão apresentados em caso algum permitem a identificação individual quer do respondente, quer da criança ou família a que possam fazer referencia quer de qualquer pequeno grupo (equipa, conelho ou técnicos).

3. Avaliação do impacto da IP no sistema de saúde

3. Avaliação do impacto da IP no sistema de saúde

3.1. Objectivos

Neste primeiro estudo pretendeu-se avaliar o impacto que a existência de uma rede de Intervenção Precoce teve, ao nível do sistema de saúde, nas práticas dos médicos e enfermeiros dos centros de saúde. Através da auscultação destes profissionais pretendemos verificar:

[35]

- O tipo de informação dos médicos e enfermeiros dos centros de saúde acerca da Intervenção Precoce;
- A existência de contacto ou ligação com as equipas locais (concelhias e / ou de intervenção directa);
- O conhecimento e utilização das fichas ou outros procedimentos de sinalização dos casos;
- A facilidade e rapidez no encaminhamento dos casos;
- Mudanças no tipo de problemáticas atendidas;
- Mudanças na articulação com outros serviços;
- Mudanças na abrangência com que as problemáticas são encaradas, nomeadamente a atenção aos problemas de desenvolvimento, à família ou ao contributo de outros técnicos;
- A articulação interdisciplinar e interinstitucional;
- Mudanças na frequência dos atendimentos;
- Mudanças ao nível dos recursos disponíveis;
- Mudanças na proximidade dos serviços;
- Mudanças nas práticas.

3.2 Instrumentos e metodologia

A avaliação do impacto da Intervenção Precoce no sistema de saúde centrou-se ao nível dos cuidados de saúde primários, considerados como primeiro elemento do processo continuado de assistência à saúde. Os centros de saúde são a base institucional da rede de cuidados de saúde primários, cuja missão assenta na “promoção e protecção da saúde dos indivíduos ao longo da vida”, através do “reforço dos cuidados de saúde primários orientados para a comunidade e família.” (OE, 2007).

Esta a razão pela qual o estudo incidiu sobre os seus profissionais, médicos de família e enfermeiros, de modo a avaliar qual o impacto da rede de equipas de

Intervenção Precoce tanto na prestação de cuidados de saúde como na articulação entre os vários serviços da comunidade.

Para a elaboração dos questionários foi tido em conta a definição do papel de Médicos e Enfermeiros na sua prática nos centros de saúde e aquilo que é esperado ser a sua participação na rede de Intervenção Precoce. Dado que os questionários se destinavam a ser utilizados no âmbito de uma entrevista telefónica, a construção dos questionários procurou assegurar a facilidade e rapidez de aplicação, sendo maioritariamente compostos por questões fechadas, com respostas dicotómicas (Sim/Não).

[36]

Foram definidas 3 dimensões de análise do impacto no sistema de saúde:

- **INFORMAÇÃO:** pretende saber qual a informação sobre Intervenção Precoce existente no centro de saúde, se essa informação aumentou com a existência de Equipa no concelho, o conhecimento sobre os procedimentos de encaminhamento ou sinalização e sobre a sua utilidade.
- **MUDANÇA:** diz respeito às mudanças provocadas pela rede de Intervenção Precoce em algumas vertentes do funcionamento do sistema de cuidados de saúde, nomeadamente em relação à facilidade e rapidez no encaminhamento, ao tipo de problemáticas atendidas, à articulação com outros serviços, à abrangência com que as problemáticas são encaradas, concretizada na atenção dada aos problemas de desenvolvimento, à família e ao contributo de outras áreas técnicas. Procura ainda saber a opinião dos inquiridos sobre o impacto que a IP teve nos custos com deslocações e na aproximação dos serviços de saúde aos utentes e à comunidade.
- **PRÁTICA:** incide mais especificamente na prática dos profissionais e nas alterações nela provocadas pelo contacto com a rede de Intervenção Precoce, ao nível dos procedimentos de sinalização e encaminhamento, da continuidade do apoio aos casos encaminhados e do aumento da articulação interdisciplinar e interinstitucional.

Os questionários elaborados para os médicos de família e para os enfermeiros têm questões idênticas nas dimensões *Caracterização do Inquirido*, *Informação* e *Mudança*. As questões sobre a *Prática* foram adequadas às actividades e responsabilidades de cada categoria profissional.

As dimensões de análise acima definidas foram operacionalizadas da forma sintetizada no **quadro 1**.

Para a recolha de dados junto da população de médicos e enfermeiros optou-se pela entrevista telefónica estruturada, pela maior facilidade em aceder aos profissionais seleccionados para amostra, dada a sua grande dispersão geográfica e a pouca disponibilidade para entrevistas prolongadas. Previamente foi solicitada autorização e

Quadro 1 - Dimensões e variáveis dos questionários para médicos e enfermeiros

DIMENSÃO
Variáveis
CARACTERIZAÇÃO DO INQUIRIDO
<ul style="list-style-type: none">• Localização do centro de saúde onde exerce actividade;• Tempo de serviço como médico/enfermeiro e no actual centro.
INFORMAÇÃO
<ul style="list-style-type: none">• Conhecimento da existência de equipa de IP e do local da sede da equipa;• Pertença do técnico, ou de outro profissional do centro de saúde à equipa;• Conhecimento da forma de encaminhamento dos casos;• Conhecimento e utilização da ficha de sinalização, e sua utilidade.
MUDANÇA
<ul style="list-style-type: none">• Facilidade na detecção de problemas de desenvolvimento e de problemas familiares que coloquem em risco o desenvolvimento das crianças;• Atenção dada aos problemas familiares;• Rapidez de resposta das especialidades médicas;• Aumento do atendimento a crianças até então não atendidas;• Atenção à capacitação e promoção da autonomia da família;• Sensibilidade ao contributo de outros técnicos;• Recurso à equipa multidisciplinar;• Facilidade na avaliação do desenvolvimento;• Aumento do atendimento médico à criança/família;• Diminuição dos custos com deslocações;• Aproximação das famílias ao centro de saúde;
PRÁTICA
<ul style="list-style-type: none">• Participação em reuniões da equipa directa ou equipa concelhia/parceiros• Conhecimento da existência de equipa concelhia/parceiros• Número de casos já sinalizados e a sinalizar• Procedimentos de sinalização• Articulação com hospitais: no encaminhamento de recém-nascidos, no feed-back das consultas e na troca de informação escrita• Acompanhamento dos casos depois da sinalização• Informação regular sobre o trabalho da equipa• Facilidade de articulação com a equipa• Processo de encaminhamento durante as consultas de rotina (só para enfermeiros)• Contextos de trabalho e local de sinalização (só para enfermeiros)

colaboração aos directores dos centros de saúde. De seguida o contacto foi feito para o centro de saúde e dirigido especifica e nominalmente ao médico ou enfermeiro seleccionado para a amostra

As entrevistas foram feitas por licenciados em psicologia, previamente preparados para a realização de entrevista telefónica estruturada. Foi seguido um guia para condução da entrevista e recolha e sistematização das respostas, a que se chamou “Questionário para os Médicos de Família” (Anexo 1), composto por 54 questões, sendo 11 abertas e 43 fechadas.

O “Questionário para os Enfermeiros” (Anexo 2) é composto por 62 questões, sendo 14 abertas e 48 fechadas.

[38]

3.3. População e amostra

A amostra estudada foi constituída por médicos e enfermeiros que exercem actividade nos centros de saúde, e suas extensões, dos concelhos dos 3 distritos abrangidos pela rede de Intervenção Precoce. Não foram considerados os profissionais dos hospitais ou de outros serviços de saúde especializados. A partir de uma população total de 368 médicos e 517 enfermeiros, foi aleatoriamente seleccionada uma amostra representativa dos diferentes distritos.

Apenas não foi possível contactar 5% dos sujeitos escolhidos para a amostra dos médicos por se encontrarem no momento afastados dos serviço ou repetidamente indisponíveis, pelo que a amostra acabou por ser constituída por 71 médicos e 90 enfermeiros.

3.3.1. Distribuição geográfica

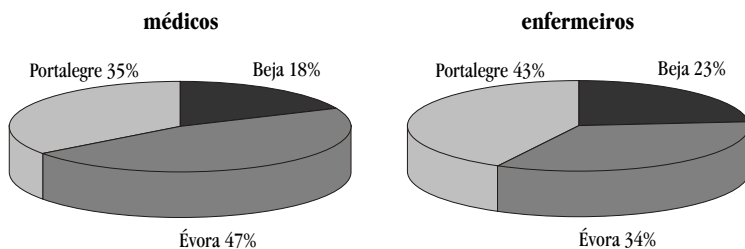
Conforme se pode ler no quadro e nos gráficos seguintes, a amostra de médicos efectivamente considerada é constituída por 13 médicos do distrito de Beja, 33 de Évora e 25 de Portalegre, correspondendo a uma distribuição adequada ao número total de profissionais a trabalhar em cada um dos Distritos. No caso dos enfermeiros foram entrevistados 21 de Beja, 31 de Évora e 38 de Portalegre.

Em ambos os casos é de voltar a

Quadro 2 - Distribuição geográfica da amostra

DISTRITO	médicos		enferm.	
	população	amostra	população	amostra
	N	n	N	n
Beja	118	13	183	21
Évora	139	33	163	31
Portalegre	111	25	171	38
Total	368	71	517	90

Figura 3 - Distribuição das amostras de médicos e enfermeiros por distritos



[39]

referir que a população apresentada se refere à totalidade dos profissionais existentes em todos os concelhos de cada distrito mas foram considerados para a constituição da amostra apenas os concelhos em que existe equipa de Intervenção Precoce. Se no caso de Évora e Portalegre isso corresponde à totalidade dos concelhos, no caso de Beja foram apenas considerados os concelhos de Beja, Castro Verde, Mértola, Moura e Odemira. Daí o menor número de indivíduos que constituem a amostra desse distrito.

3.3.2. Experiência profissional e tempo de serviço

Em termos das características profissionais das amostras utilizadas, podemos verificar, no **quadro 3**, que o tempo médio de serviço dos médicos da amostra é de 23,34 anos, sendo que mais de 80 % tem 20 ou mais anos de serviço, definindo assim uma população experiente e com um grande número de profissionais em final de carreira. No caso dos enfermeiros a média é mais baixa, 17,03 situando-se quase 70 % abaixo dos 20 anos de experiência profissional.

Quadro 3 - Tempo de serviço total e no atual centro

TEMPO	médicos				enfermeiros			
	tempo de serviço		tempo no C.S.		tempo de serviço		tempo no C.S.	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Até 9 anos	8	11,3	20	28,2	8	8,9	40	44,4
10 - 19 anos	6	8,5	16	22,5	52	57,8	36	40,0
20 - 29 anos	51	71,8	34	47,9	23	25,6	10	11,1
30 - 39 anos	5	7	1	1,4	7	7,8	4	4,4
+ de 40 anos	1	1,4	0	0	0	0	0	0
N	71	100	71	100	90	100	90	100
Média	23,34		15,67		17,03		11,42	
Desvio padrão	7,329		8,927		7,431		7,926	

Também no que se refere ao tempo de serviço no actual centro de saúde a média dos médicos é de 15,67 anos, sendo que 71,8 % estão há 10 anos ou mais no actual centro. No caso dos enfermeiros a média é, de novo, inferior, sendo que a percentagem dos que estão há 10 anos ou mais é de 55,6 %.

3.4. Resultados obtidos

3.4.1. Médicos

[40]

Apresentamos de seguida os principais resultados obtidos a partir dos questionários dos médicos, nas suas três grandes dimensões, anteriormente descritas: *Informação, Mudança e Prática*

3.4.1.1. Informação

A dimensão *Informação* é constituída por 9 variáveis e refere-se à informação que os médicos de família possuem acerca da existência e funcionamento dos serviços da rede de Intervenção Precoce, bem como acerca dos instrumentos de sinalização e das formas de articulação e sinalização.

Conforme podemos ver, os médicos de família estão bem informados (87,3%) acerca da existência de uma equipa de Intervenção Precoce na área abrangida pelo seu centro de saúde. Os níveis de informação são igualmente relevantes quanto ao conhecimento das formas de contacto (77,5 %) e ao contacto efectivamente existente com as Equipas (71,4) e quanto ao conhecimento e utilidade da ficha de sinalização a usar para os casos elegíveis para IP (52,1 % e 66,2%).

Quadro 4 - Médicos: Informação

VARIÁVEIS:INFORMAÇÃO	sim		não		ns/nr	
	n	%	n	%	n	%
Existência de equipa de IP no concelho onde exerce	62	87,3	6	8,5	3	4,2
Identificação correcta do local de sede da equipa	24	33,8	16	22,5	31	43,7
Contacto com a equipa	50	71,4	12	17,1	8	11,4
Pertença à equipa	6	8,5	57	80,3	8	11,3
Pertença de outro médico à equipa	27	38	26	36,6	18	25,4
Conhecimento da forma de contacto da equipa	55	77,5	8	11,3	8	11,3
Conhecimento da ficha de sinalização	37	52,1	24	33,8	10	14,1
Utilização da ficha de sinalização	21	29,6	39	54,9	11	15,5
Utilidade da ficha de sinalização	47	66,2	0	0	24	33,8

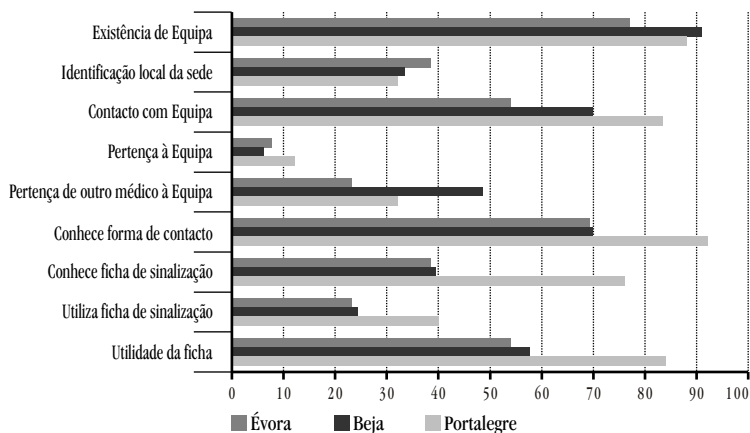
3. Avaliação do impacto da IP no sistema de saúde

É baixo o nível de informação relativo à presença de outros médicos na equipa (38%), à identificação correcta do local de sede da equipa (33,8%), à utilização efectiva da ficha de sinalização (29,6%). É também baixa a pertença à equipa de Intervenção Precoce, uma vez que apenas 8,5 % dizem dela fazer parte.

Observando as diferenças entre os distritos verifica-se que, globalmente, o distrito de Portalegre sobressai no contacto com a equipa, no conhecimento da forma de contacto, e no conhecimento e utilização da ficha de sinalização. De uma forma geral, o Distrito de Évora é o que apresenta níveis menores de informação, com excepção da identificação do local sede da equipa. A diferença é especialmente notória no contacto com a equipa (pouco mais de metade em contraste com os 80% de Portalegre) e no conhecimento da ficha de sinalização.

[47]

Figura 4 - Médicos: Informação (por Distrito)



3.4.1.2. Mudança

A dimensão *Mudança* integra 14 variáveis e descreve como é que os médicos avaliam as mudanças ocorridas na sequência de ter sido criada uma equipa de Intervenção Precoce no âmbito geográfico do centro de saúde.

Conforme podemos ver no **quadro nº 5**, a generalidade dos médicos refere mudanças significativas relacionadas com a implementação da rede de Intervenção Precoce. As maiores mudanças são na *Facilidade na detecção de problemas*

Quadro 5 - Médicos: Mudança

VARIÁVEIS: MUDANÇA	sim		não		ns/nr	
	n	%	n	%	n	%
Facilidade na detecção de problemas de desenvolvimento da criança	48	67,6	9	12,7	14	19,7
Facilidade na detecção de problemas familiares	53	74,6	4	5,6	14	19,7
Atenção aos problemas da família	52	73,2	5	7	14	19,7
Facilidade no encaminhamento ou rapidez de resposta nas especialidades	35	49,3	0	28,2	16	22,5
Apoio no Centro de Saúde a crianças de outros serviços	32	45,1	18	25,4	21	29,6
Atenção à capacitação e autonomia da família	46	64,8	7	9,9	18	25,4
Sensibilidade ao contributo de outros técnicos	48	67,6	9	12,7	14	19,7
Recurso a técnicos da equipa de IP	43	60,6	16	22,5	12	16,9
Facilidade na avaliação do desenvolvimento da criança	45	63,4	12	16,9	14	19,7
Frequência do atendimento médico à criança/família	33	46,5	24	33,8	14	19,7
Proximidade dos apoios às crianças	51	71,8	5	7	15	21,1
Diminuição dos custos com deslocações a consultas e tratamentos	25	35,2	17	23,9	29	40,8
Aproximação das famílias ao centro de saúde	42	59,2	11	15,5	18	25,4
Facilidade no encaminhamento para consultas de especialidade	45	63,4	10	14,1	16	22,5

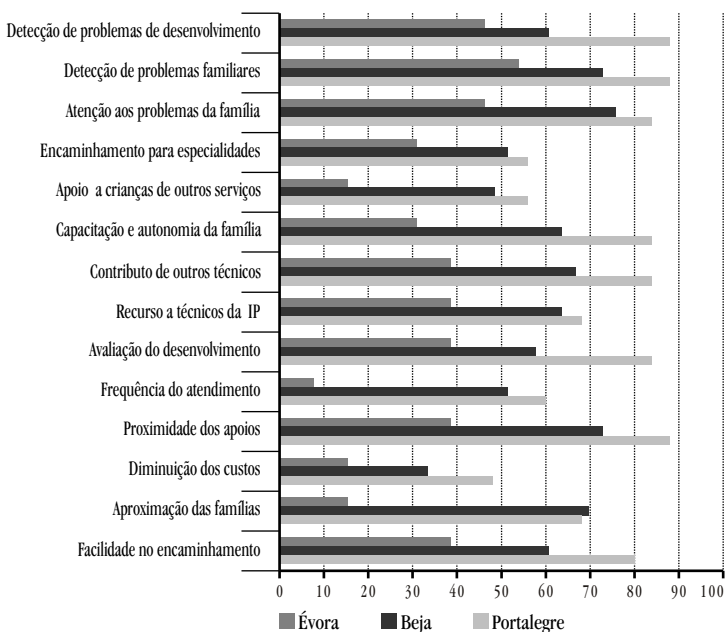
[42]

familiares que põem em risco o desenvolvimento da criança (74,6 %), Atenção aos problemas da família (73,2 %), Proximidade dos apoios às crianças (71,8), Facilidade na detecção de problemas de desenvolvimento da criança (67,6 %), Sensibilidade ao contributo de outros técnicos (67,6 %), Atenção à capacitação e autonomia da família (64,8 %), Facilidade no encaminhamento para consultas de especialidade (63,4 %), Facilidade na avaliação do desenvolvimento da criança (63,4 %). As mudanças foram menos notórias nas dimensões *Frequência do atendimento médico à criança/família (46,5 %), Apoio no centro de saúde a crianças de outros serviços (45,1 %), Diminuição dos custos com deslocações a consultas e tratamentos (35,2).*

Um elevado número (33,8%) refere que não houve mudança significativa em termos de *Frequência do atendimento médico à criança/família* (embora 46,5% sejam da opinião de que *sim*) e a resposta *não sabe* é a mais frequente (40,8%) quanto à *Diminuição dos custos com deslocações a consultas e tratamentos*.

No que se refere às diferenças entre distritos, as mudanças são mais evidentes e marcantes no distrito de Portalegre em todas as variáveis e menos no de Évora, onde as mudanças são assinaladas sempre por menos de 50 % dos médicos.

Figura 5 - Médicos: Mudança (por Distrito)



[43]

3.4.1.3. Prática

A dimensão *Prática*, com 22 variáveis, refere-se às práticas dos médicos em diferentes aspectos da sua actividade e identifica as formas de articulação entre o profissional e a equipa de Intervenção Precoce. Em consonância com o facto de não pertencerem às equipas, apenas 14,1 % dos médicos participam nas reuniões da equipa de intervenção directa e ainda menos são os que participam na equipa concelhia, embora uma grande percentagem não saiba responder, até porque esta estrutura de coordenação não existe em todos os concelhos e apenas 53,5 % sabem da sua existência.

No que se refere à sinalização dos casos, 67,6% diz fazê-la através de um elemento de ligação, sendo esta a forma mais frequente de fazer essa articulação. Outras formas de fazer a sinalização são o contacto directo com a equipa (58%) ou a realização de reuniões (28,2%) Pelo contrário a sinalização através do correio ou usando a família como veículo da sinalização são maioritariamente recusados (67,6 e 66,2 % de resposta *não*). A perda de casos sinalizados não parece ser muito grande (é negada em 57,7% e apenas em 11,3% é admitida)

Quanto às articulações com os hospitais é mais relevante no caso dos recém-nascidos de risco (36,6% de respostas *sim* e 25,4 % de *não*) enquanto que no que se refere ao feedback das consultas ou à troca de informação escrita sobre os casos isso não acontece em 40,8 e 43,7 % dos casos. Há resultados especialmente significativos no que se refere a: *Facilidade no contacto e articulação com as equipas de IP* (66,2 %) e *Facilidade em obter colaboração da Equipa em situações urgentes ou especiais* (63,4), *Manutenção em consulta das crianças sinalizadas* (64,8%), *Feedback dos casos sinalizados* (49,3%) e *Conhecimento dos responsáveis de caso* (46,5%).

Quanto ao aumento do recurso aos centros de saúde por parte das famílias há um divisão muito idêntica das respostas *sim*, *não* e *não sabe*, em torno dos 30% cada.

[44]

São práticas menos frequentes o *Recebimento de informação regular da parte da equipa* (53,5 % não recebe essa informação) e *Recebimento da ficha de identificação por parte da equipa de Intervenção Precoce* (apenas 16,9 % diz recebê-la).

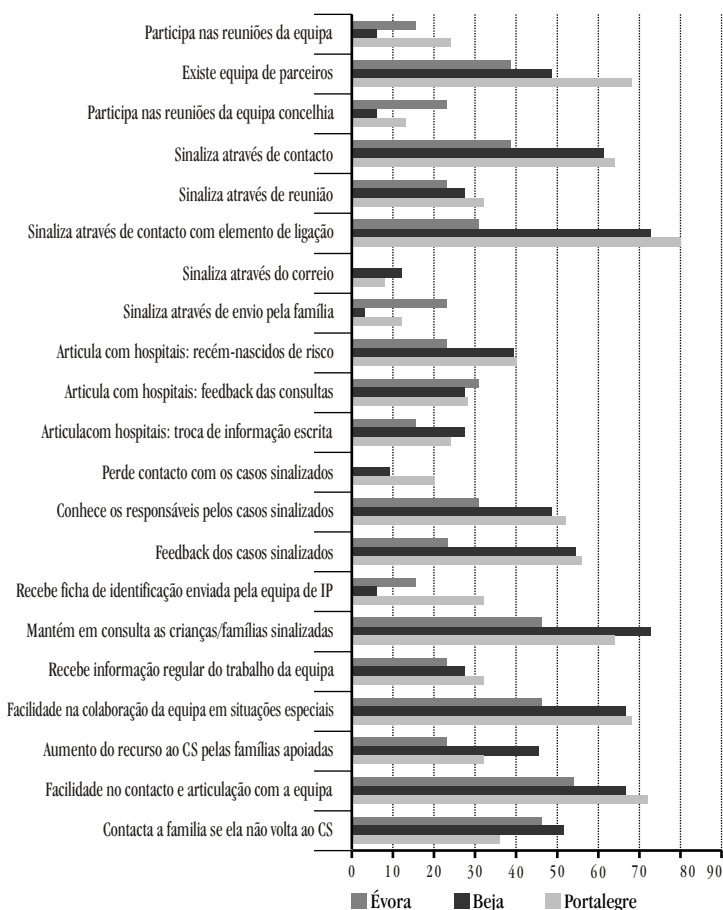
Quadro 6 - Médicos: Prática

	sim		não		ns/nr	
	n	%	n	%	n	%
VARIÁVEIS: PRÁTICA						
Participação nas reuniões da equipa de intervenção directa	10	14,1	51	71,8	10	14,1
Existência de equipa concelhia (ou de parceiros)	38	53,5	3	4,2	30	42,3
Participação nas reuniões da equipa concelhia	8	11,6	36	50,7	25	36,2
Sinalização de casos através de contacto com a equipa	40	58	13	18,8	16	23,2
Sinalização de casos através de reunião com a equipa	20	28,2	35	49,3	16	22,5
Sinalização de casos através de contacto com o elemento de ligação	48	67,6	7	9,9	16	22,5
Sinalização de casos através de envio pelo correio	6	8,5	48	67,6	17	23,9
Sinalização de casos através de envio pela família	7	9,9	47	66,2	17	23,9
Articulação com hospitais no encaminhamento de recém-nascidos de risco	26	36,6	18	25,4	27	38
Articulação com hospitais no feedback das consultas	20	28,2	29	40,8	22	31
Articulação com hospitais na troca de informação escrita sobre os casos	17	23,9	31	43,7	23	32,4
Perda do contacto com os casos sinalizados	8	11,3	41	57,7	22	31
Conhecimento dos responsáveis pelos casos sinalizados	33	46,5	15	21,1	23	32,4
Feedback dos casos sinalizados	35	49,3	11	15,5	25	35,2
Recepção de ficha de identificação enviada pela equipa de IP	12	16,9	31	43,7	28	39,4
Manutenção em consulta das crianças/famílias sinalizadas	46	64,8	2	2,8	23	32,4
Informação regular do trabalho desenvolvido pela equipa	20	28,2	38	53,5	13	18,3
Facilidade em obter colaboração da equipa em situações urgentes/especiais	45	63,4	6	8,5	20	28,2
Aumento do recurso ao centro de saúde pelas famílias apoiadas	26	36,6	23	32,4	22	31
Facilidade no contacto e articulação com a equipa de IP	47	66,2	7	9,9	17	23,9

3. Avaliação do impacto da IP no sistema de saúde

Comparando as respostas por distritos, verificamos uma vez mais o nível mais baixo de respostas em Évora na generalidade dos itens, com excepção da participação nas reuniões da equipa concelhia, maior feedback na articulação com os hospitais e maior sinalização através do envio pela família. Na maior parte dos itens os resultados mais favoráveis encontram-se no distrito de Portalegre. Beja apresenta resultados superiores nos itens: *Contacto com a família quando ela não volta ao Centro de Saúde, Manutenção em consulta das crianças sinalizadas, Aumento do recursos ao Centro de saúde pelas famílias apoiadas e Maior articulação escrita com o hospital.*

Figura 6 - Médicos: Práticas (por Distrito)



No que se refere à efectiva articulação entre os médicos e as equipas, é de sublinhar que 55 dos inquiridos (ou seja 77,4%) encaminharam, na sua totalidade, 172 casos para as equipas de Intervenção Precoce, com uma média de 3,13 casos por médico (embora com um d.p. de 3,4 que nos indicia uma grande variação de um técnico para outro). Referem ainda ter 33 casos em condições de serem encaminhados, o que é um bom indicador do real funcionamento dos médicos dos centros de saúde e do próprio sistema de saúde no âmbito da rede de Intervenção Precoce.

3.4.1.4. Cruzamento de variáveis

[46]

Para melhor abordarmos o valor de algumas variáveis na compreensão das mudanças e das práticas, foi definido um conjunto de variáveis independentes e, através do cruzamento de variáveis, foi estudada a sua relação com as restantes, consideradas dependentes, de modo a concluir sobre a sua influência. Foram testadas como variáveis independentes as seguintes:

- Distrito;
- Tempo de serviço como médico;
- Tempo de serviço no centro de saúde actual;
- Ter contacto com a equipa de IP;
- Conhecer a ficha de sinalização;
- Usar a ficha de sinalização.

Devido à natureza das variáveis aplicou-se o Teste de Independência do Qui-Quadrado, que testa a independência entre duas variáveis nominais, com um nível de significância de 5% e um valor de p de 0,05.

A hipótese testada, ou hipótese nula (H_0) é que as variáveis são independentes, sendo que só podemos rejeitar esta hipótese e considerar a existência de relação, quando o valor de p for $< 0,05$. Quando o valor de p é superior a 0,05 aceitamos a H_0 e concluimos que há independência entre as variáveis. Quando o valor de p for igual ou inferior a 0,05 a decisão é rejeitar a H_0 e aceitar H_1 , ou seja, que há uma relação entre as variáveis estudadas. Nestes casos é efectuado o teste de associação, que estuda o grau de relação existente. A medida utilizada foi o teste V de Cramer que, com uma variação entre 0 (ausência de relação) e 1 (associação perfeita), estuda a intensidade desta relação.

Ao considerarmos a variável *Distrito* não foi verificada qualquer relação significativa quanto à *Informação*. Quanto à *Mudança* foram encontrados resultados significativos nas variáveis constantes no **quadro 7**. Quanto à *Prática* apenas foram encontrados resultados significativos nas variáveis relativas à forma de sinalização (*Reunião com equipa, Contacto com elemento de ligação, Envio pela família e Recebimento da cópia de ficha*).

3. Avaliação do impacto da IP no sistema de saúde

Quadro 7 - Distrito x Mudança	Teste de independência de variáveis <i>Qui-Quadrado (χ^2)</i>		Teste de Associação
	DISTRITO X MUDANÇA	p	decisão
Mais facilidade na detecção de problemas de desenvolvimento	0,028	Rejeitar H0	0,277
Aumento da atenção dada à capacitação e autonomia familiar	0,027	Rejeitar H0	0,278
Aumento da frequência do atendimento médico à criança/família	0,014	Rejeitar H0	0,297
Aproximação das famílias aos centros de saúde	0,0013	Rejeitar H0	0,298

Quadro 8 - Distrito x Prática	Teste de independência de variáveis <i>Qui-Quadrado (χ^2)</i>		Teste de Associação
	DISTRITO X PRÁTICA	p	decisão
Reunião com a equipa como forma de sinalização	0,050	Rejeitar H0	0,259
Contacto com o elemento de ligação como forma de sinalização	0,020	Rejeitar H0	0,287
Envio pela família como forma de sinalização	0,005	Rejeitar H0	0,324
Recebe cópia da ficha de sinalização	0,029	Rejeitar H0	0,276

[47]

As variáveis *Tempo de serviço* de e *Tempo de serviço no centro de saúde* não revelaram qualquer relação significativa com as variáveis dependentes. Já no que se refere ao *Contacto com equipa*, são significativas as relações com todas as variáveis das dimensões *Mudança* e *Prática*.

Também se revelam significativas as relações entre o *Conhecimento da ficha de sinalização* e as variáveis de *Mudança* e de *Prática*.

Se em vez de considerarmos o mero conhecimento da ficha de sinalização usarmos a sua utilização, os resultados são, compreensivelmente, ainda superiores em todas as variáveis das duas dimensões.

Avaliação do Impacto da Intervenção Precoce no Alentejo: *criança, família e sociedade*

[48]

Quadro 9 - Contacto com a Equipa x Mudança	Teste de independência de variáveis <i>Qui-Quadrado (χ^2)</i>		Teste de Associação
	p	decisão	V de Cramer
CONTACTO COM A EQUIPA X MUDANÇA			
Mais facilidade na detecção de problemas de desenvolvimento	0,000	Rejeitar H0	0,495
Mais facilidade na detecção de problemas familiares	0,000	Rejeitar H0	0,499
Mais atenção aos problemas das famílias apoiadas	0,000	Rejeitar H0	0,497
Mais facilidade no encaminhamento ou rapidez de resposta nas especialidades médicas	0,000	Rejeitar H0	0,455
Apoio dado no centro de saúde a crianças de outros serviços	0,000	Rejeitar H0	0,392
Aumento da atenção dada à capacitação e autonomia familiar	0,000	Rejeitar H0	0,446
Aumento da sensibilidade ao contributo de outros técnicos	0,000	Rejeitar H0	0,478
Recurso a técnicos da IP	0,000	Rejeitar H0	0,554
Facilidade na avaliação de problemas de desenvolvimento	0,000	Rejeitar H0	0,508
Aumento da frequência do atendimento médico à criança/família	0,000	Rejeitar H0	0,496
Aumento da proximidade dos apoios às crianças	0,000	Rejeitar H0	0,470
Diminuição dos custos com as deslocações a consultas/tratamentos	0,002	Rejeitar H0	0,349
Aproximação das famílias aos centros de saúde	0,000	Rejeitar H0	0,403
Maior facilidade no encaminhamento para consultas de especialidade	0,000	Rejeitar H0	0,464

Quadro 10 - Contacto com a Equipa x Prática	Teste de independência de variáveis <i>Qui-Quadrado (χ^2)</i>		Teste de Associação
	p	decisão	V de Cramer
CONTACTO COM A EQUIPA X PRÁTICA			
Contacto com a equipa como forma de sinalização	0,000	Rejeitar H0	0,487
Reunião com a equipa como forma de sinalização	0,000	Rejeitar H0	0,455
Contacto com o elemento de ligação como forma de sinalização	0,000	Rejeitar H0	0,484
Envio pelo correio como forma de sinalização	0,000	Rejeitar H0	0,474
Envio pela família como forma de sinalização	0,000	Rejeitar H0	0,433
Melhor articulação com hospital no encaminhamento de recém-nascidos de risco	0,032	Rejeitar H0	0,274
Melhor articulação com o hospital no feed-back das consultas	0,003	Rejeitar H0	0,338
Melhor articulação com o hospital na troca de informação escrita	0,002	Rejeitar H0	0,352
Depois da sinalização perde o caso de vista	0,000	Rejeitar H0	0,429
Conhecimento do responsável de caso	0,000	Rejeitar H0	0,456
Existência de feed-back dos casos sinalizados	0,000	Rejeitar H0	0,452
Recebe cópia da ficha de sinalização enviada pela equipa	0,000	Rejeitar H0	0,418
Manter a criança em consulta regular	0,000	Rejeitar H0	0,411
Informação regular do trabalho da equipa	0,000	Rejeitar H0	0,565
Facilidade em obter a colaboração da equipa em situações urgentes	0,000	Rejeitar H0	0,513
Aumento do recurso ao centro de saúde pelas famílias apoiadas	0,000	Rejeitar H0	0,401
Facilidade na articulação com a equipa	0,000	Rejeitar H0	0,557

3. Avaliação do impacto da IP no sistema de saúde

Quadro 11 - Conhecimento da ficha x Mudança	Teste de independência de variáveis <i>Qui-Quadrado (χ^2)</i>		Teste de Associação
	p	decisão	V de Cramer
CONHECIMENTO DA FICHA DE SINALIZAÇÃO X MUDANÇA			
Mais facilidade na detecção de problemas de desenvolvimento	0,000	Rejeitar H0	0,521
Mais facilidade na detecção de problemas familiares	0,000	Rejeitar H0	0,563
Mais atenção aos problemas das famílias apoiadas	0,000	Rejeitar H0	0,577
Mais facilidade no encaminhamento ou rapidez de resposta nas especialidades	0,000	Rejeitar H0	0,523
Apoio dado no centro de saúde a crianças de outros serviços	0,000	Rejeitar H0	0,486
Aumento da atenção dada à capacitação e autonomia familiar	0,000	Rejeitar H0	0,503
Aumento da sensibilidade ao contributo de outros técnicos	0,000	Rejeitar H0	0,565
Recurso a técnicos da IP	0,000	Rejeitar H0	0,610
Facilidade na avaliação de problemas de desenvolvimento	0,000	Rejeitar H0	0,564
Aumento da frequência do atendimento médico à criança/família	0,000	Rejeitar H0	0,532
Aumento da proximidade dos apoios às crianças	0,000	Rejeitar H0	0,516
Diminuição dos custos com as deslocações a consultas/tratamentos	0,000	Rejeitar H0	0,410
Aproximação das famílias aos centros de saúde	0,000	Rejeitar H0	0,471
Maior facilidade no encaminhamento para consultas de especialidade	0,000	Rejeitar H0	0,505

[49]

Quadro 12 - Conhecimento da ficha x Prática	Teste de independência de variáveis <i>Qui-Quadrado (χ^2)</i>		Teste de Associação
	p	decisão	V de Cramer
CONHECIMENTO DA FICHA DE SINALIZAÇÃO X PRÁTICA			
Contacto com a equipa como forma de sinalização	0,000	Rejeitar H0	0,471
Reunião com a equipa como forma de sinalização	0,000	Rejeitar H0	0,473
Contacto com o elemento de ligação como forma de sinalização	0,000	Rejeitar H0	0,532
Envio pelo correio como forma de sinalização	0,000	Rejeitar H0	0,449
Envio pela família como forma de sinalização	0,000	Rejeitar H0	0,448
Melhor articulação com hospital no encaminhamento de recém-nascidos de risco	0,001	Rejeitar H0	0,371
Melhor articulação com o hospital no feed-back das consultas	0,001	Rejeitar H0	0,370
Melhor articulação com o hospital na troca de informação escrita	0,001	Rejeitar H0	0,355
Depois da sinalização perde o caso de vista	0,000	Rejeitar H0	0,425
Conhecimento do responsável de caso	0,000	Rejeitar H0	0,403
Existência de feedback dos casos sinalizados	0,000	Rejeitar H0	0,491
Recebe cópia da ficha de sinalização enviada pela equipa	0,000	Rejeitar H0	0,457
Manter a criança em consulta regular	0,001	Rejeitar H0	0,374
Informação regular do trabalho da equipa	0,000	Rejeitar H0	0,670
Facilidade em obter a colaboração da equipa em situações urgentes	0,000	Rejeitar H0	0,499
Aumento do recurso ao centro de saúde pelas famílias apoiadas	0,000	Rejeitar H0	0,444
Facilidade na articulação com a equipa	0,000	Rejeitar H0	0,525

3.4.2. Enfermeiros

Como foi dito, o “Questionário para Enfermeiros” permitiu a construção de uma base para análise dos dados recolhidos constituída por 62 variáveis correspondendo a 48 perguntas fechadas e 14 abertas. As respostas obtidas dos enfermeiros agrupam-se, tal como acontecia com os médicos, em 3 grandes categorias: *Informação*, *Mudança* e *Prática*. Na primeira procurámos verificar o grau e tipo de conhecimento que possuem acerca da existência da rede e das equipas de Intervenção Precoce, o respectivo funcionamento e as formas de articulação, contacto ou participação. Na categoria *Mudança*, procurámos verificar como é que os enfermeiros avaliam as mudanças ocorridas como consequência de ter passado a existir uma equipa de Intervenção Precoce. Na terceira parte, *Prática*, procurámos conhecer as práticas dos enfermeiros em diferentes dimensões da sua actividade que têm a ver directamente com o trabalho com crianças e famílias e, nessa medida, se podem situar no campo de acção da Intervenção Precoce.

[50]

Quadro 13 - Enfermeiros: Informação

VARIÁVEIS: INFORMAÇÃO	sim		não		ns/nr	
	n	%	n	%	n	%
Existência de equipa de IP no concelho onde exerce	74	82,2	10	11,2	5	5,6
Identificação correcta do local de sede da equipa	35	38,9	12	13,3	43	47,8
Contacto com a equipa	63	70,0	18	20,0	9	10,0
Pertença à equipa	20	22,2	60	66,7	10	11,1
Pertença de outro enfermeiro à equipa	50	55,6	31	34,4	9	10,0
Conhecimento da forma de contacto da equipa	67	74,4	13	14,4	10	11,1
Conhecimento da ficha de sinalização	40	44,4	38	42,2	12	13,3
Utilização da ficha de sinalização	22	24,4	57	63,3	11	12,2
Utilidade da ficha de sinalização	68	75,6	3	3,3	19	21,1

3.4.2.1. Informação

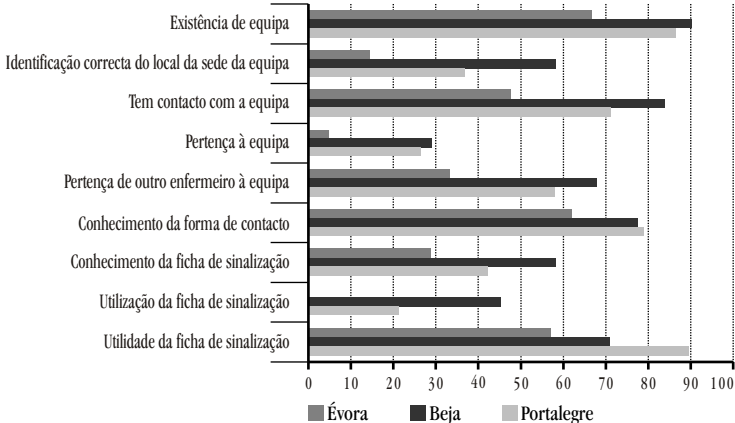
A dimensão *Informação*, constituída por 9 variáveis, refere-se à informação possuída pelos enfermeiros acerca da existência e funcionamento dos serviços de Intervenção Precoce, bem como acerca dos instrumentos de sinalização e formas de articulação.

Verificamos que há um bom nível de conhecimento dos enfermeiros quanto à estrutura da Intervenção Precoce: 82,2 % conhecem a existência de equipa e mais de 70 % conhecem a forma de contacto com a equipa, têm contacto efectivo com a equipa e reconhecem a utilidade da ficha de sinalização. No entanto apenas 22,2 % pertencem à equipa e 38,9% identificam correctamente o local de sede da equipa.

3. Avaliação do impacto da IP no sistema de saúde

Comparando as respostas entre distritos, no distrito de Beja parece ser mais comum a participação do enfermeiro na equipa e o seu conhecimento sobre a utilização da ficha de sinalização. Évora, tal como acontece relativamente aos médicos, é o distrito em que a informação dos enfermeiros é menor.

Figura 7 - Enfermeiros: Informação (por Distrito)



[51]

3.4.2.2. Mudança

A dimensão *Mudança*, composta por 13 variáveis, refere-se à percepção sobre as mudanças ocorridas na sequência da existência de uma equipa de Intervenção Precoce no âmbito territorial do centro de saúde.

De uma forma geral os enfermeiros referem mudanças numa frequência significativa. As maiores situam-se nível de: *Maior sensibilidade ao contributo de outros técnicos* (78,9%), *Maior facilidade na avaliação do desenvolvimento das crianças* (77,8%), *Maior proximidade no apoio às crianças* (76,7%), *Maior facilidade na detecção dos problemas de desenvolvimento das crianças* (74,4%), *Maior facilidade na detecção dos problemas familiares que põem em risco o desenvolvimento da criança* (73,3%), *Maior atenção aos problemas da família* (72,2%) e *Maior atenção à capacitação e autonomia das famílias* (72,2%). Apenas o *Apoio no Centro de Saúde a crianças de outros serviços* e a *Diminuição de custos com deslocações a consultas e tratamentos os sim* são inferiores a 50% (embora nesse último caso prevaleçam as resposta *não sei*).

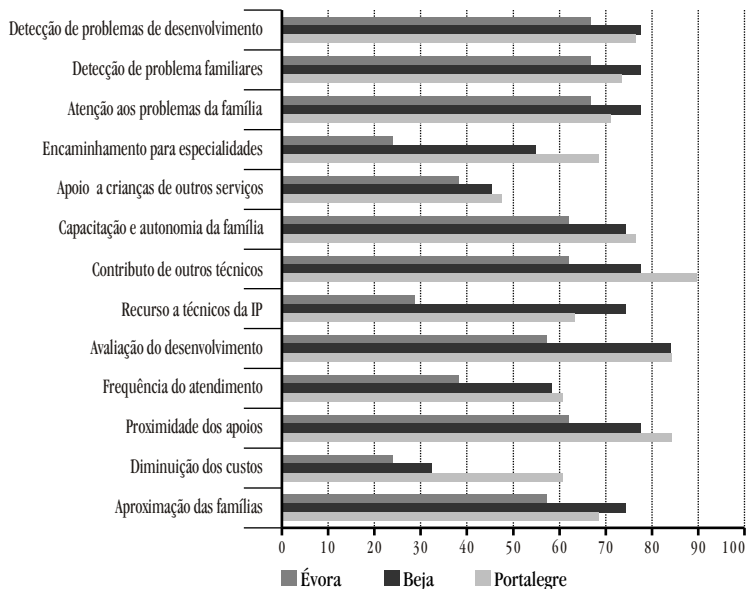
Fazendo a comparação por distritos, é de novo no de Portalegre que as

Quadro 14 - Enfermeiros: Mudança

VARIÁVEIS: MUDANÇA	sim		não		ns/nr	
	n	%	n	%	n	%
Facilidade na detecção de problemas de desenvolvimento da criança	67	74,4	3	3,3	20	22,2
Facilidade na detecção de problemas familiares	66	73,3	2	2,2	22	24,4
Atenção aos problemas da família	65	72,2	3	3,3	22	24,4
Facilidade no encaminhamento ou rapidez de resposta nas especialidades	48	53,3	11	12,2	31	34,4
Apoio no centro de saúde a crianças de outros serviços	40	44,4	25	27,8	25	27,8
Atenção à capacitação e autonomia da família	65	72,2	7	7,8	18	20,0
Sensibilidade ao contributo de outros técnicos	71	78,9	3	3,3	16	17,8
Recurso a técnicos da equipa de IP	53	58,9	23	25,6	14	15,6
Facilidade na avaliação do desenvolvimento da criança	70	77,8	1	1,1	19	21,1
Frequência do atendimento médico à criança/família	49	54,4	15	16,7	26	28,9
Proximidade dos apoios às crianças	69	76,7	3	3,3	18	20,0
Diminuição dos custos com deslocações a consultas e tratamentos	38	42,2	12	13,3	40	44,4
Aproximação das famílias ao centro de saúde	61	67,8	9	10,0	20	22,2

[52]

Figura 8 - Enfermeiros: Mudança (por Distrito)



3. Avaliação do impacto da IP no sistema de saúde

mudanças são mais referidas, embora no que respeita às variáveis relativas à família (aproximação, atenção e detecção dos seus problemas) o distrito de Beja sobressaia e apresente os valores mais elevados.

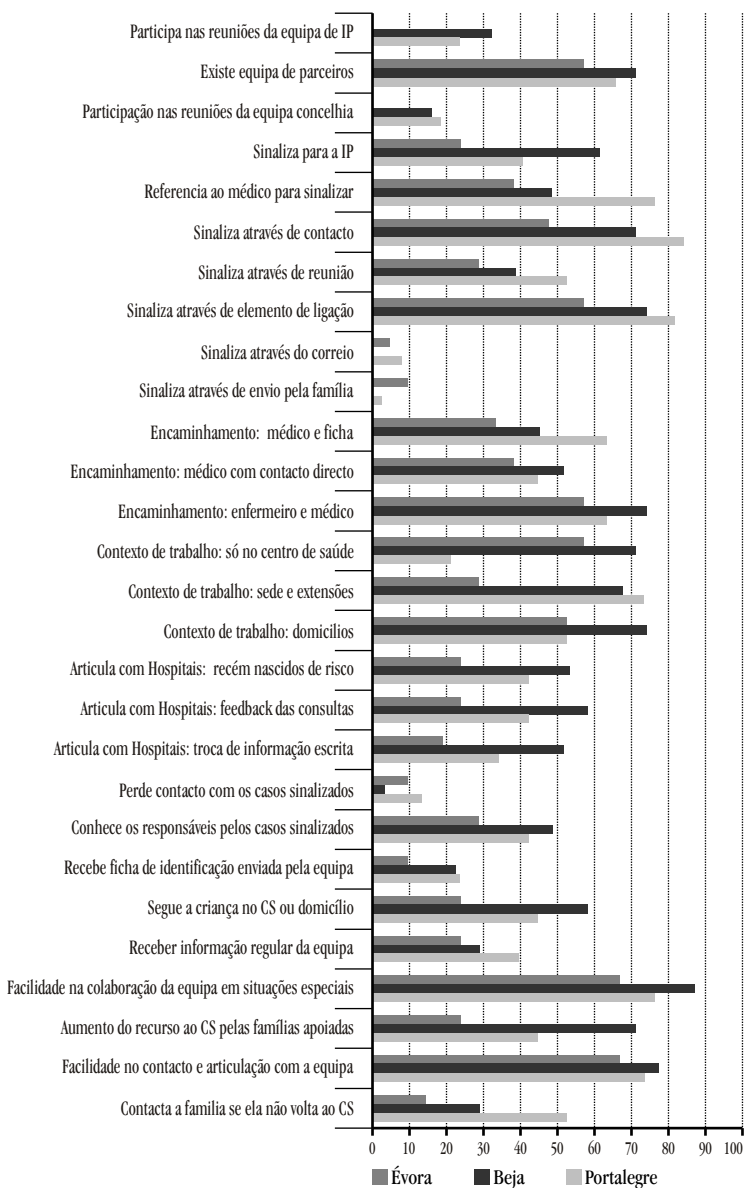
3.4.2.3. Prática

A dimensão *Prática* é a que integra mais variáveis, 30, identificando as formas de articulação entre o profissional e a equipa de IP.

Quadro 15 - Enfermeiros: Prática

VARIÁVEIS: PRÁTICA	sim		não		ns/nr	
	n	%	n	%	n	%
Participação nas reuniões da equipa de intervenção directa	19	21,1	61	67,8	10	11,1
Existência de equipa concelhia (ou de parceiros)	59	65,6	10	11,1	21	23,3
Participação nas reuniões da equipa concelhia	12	13,3	54	60,0	24	26,7
Faz sinalizações de casos para a IP	39	43,8	45	50,6	5	5,6
Sinalização de casos através de referênciação ao médico	52	57,8	19	21,1	19	21,1
Sinalização de casos através de contacto com a equipa	64	71,1	7	7,8	19	21,1
Sinalização de casos através de reunião com a equipa	38	42,2	32	35,6	20	22,2
Sinalização de casos através de contacto com o elemento de ligação	66	73,3	6	6,7	18	20,0
Sinalização de casos através de envio pelo correio	4	4,4	68	75,6	18	20,0
Sinalização de casos através de envio pela família	3	3,3	67	74,4	20	22,2
Encaminhamento em consultas de rotina: médico com ficha	45	50,0	21	23,3	24	26,7
Encaminhamento em consultas de rotina: médico com contacto directo com a equipa	41	45,6	25	27,8	24	26,7
Encaminhamento em consultas de rotina: enfermeiro com o médico	59	65,6	11	12,2	20	22,2
Contexto de trabalho: só no centro de saúde	42	46,7	47	52,2	1	1,1
Contexto de trabalho: na sede e em extensões	55	61,1	34	37,8	1	1,1
Contexto de trabalho: em domicílios	54	60,0	36	40,0	0	0,0
Articulação com hospitais no encaminhamento de recém-nascidos de risco	37	41,6	17	19,1	35	39,3
Articulação com hospitais no feedback das consultas	39	43,3	18	20,0	33	36,7
Articulação com hospitais na troca de informação escrita sobre os casos	33	36,7	21	23,3	36	40,0
Perda do contacto com os casos sinalizados	8	8,9	51	56,7	31	34,4
Conhecimento dos responsáveis pelos casos sinalizados	37	41,1	19	21,1	34	37,8
Recepção de ficha de identificação enviada pela equipa de IP	18	20,0	38	42,2	34	37,8
Segue a criança/família no centro de saúde ou no domicílio	40	44,4	14	15,6	36	40,0
Informação regular do trabalho desenvolvido pela equipa	29	32,2	47	52,2	14	15,6
Facilidade em obter colaboração da equipa em situações urgentes/especiais	70	77,8	3	3,3	17	18,9
Aumento do recurso ao centro de saúde pelas famílias apoiadas	44	48,9	19	21,1	27	30,0
Facilidade no contacto e articulação com a equipa de IP	66	73,3	6	6,7	18	20,0

Figura 9 - Enfermeiros: Prática (por Distrito)



3. Avaliação do impacto da IP no sistema de saúde

As práticas mais comuns são: a *Facilidade em obter a colaboração da equipa em situações urgentes ou especiais* (77,8 % dos casos e, sublinhe-se, apenas em 3% dos casos a resposta é não) e a *Sinalização dos casos através de um elemento de ligação* (73,3%) ou directamente com a equipa (71,1%) e a *Facilidade no contacto e articulação com a Equipa* (73,3 %). São também frequentes: a *Existência de uma equipa concelhia ou de parceiros* (65,6%, embora apenas 13,3 % digam participar nessas reuniões), a prática de encaminhamento mais frequente é a feita nas consultas de rotina com a presença de médico e enfermeiro (65,6%), e muito raramente pelo correio ou através da família. No que se refere aos contextos de trabalho dos enfermeiros, 61,1 % trabalha tanto na sede do Centro de Saúde como nas extensões e 60 % trabalha também nos domicílios. A grande parte dos enfermeiros não pertence às equipas de Intervenção (67,8%) e não há perda de casos sinalizados (apenas 8,9 %) Não há informação regular sobre o trabalho desenvolvido pela equipa (52,2 %) e apenas recebem a ficha de identificação do caso enviada pela equipa em 20 % dos casos.

[55]

Quisemos conhecer um pouco mais sobre quem faz as sinalizações. Somente em 12,2% dos casos são apenas os médicos e em 10% apenas os enfermeiros. Em 30 % das situações essa sinalização envolve ambos os profissionais.

Quanto ao local onde são feitas as detecções, o mais frequente é a sede do Centro de Saúde, embora em 10 % dos casos essa detecção seja feita no estabelecimento educativo.

Quanto ao efectivo envolvimento dos enfermeiros na rede, verifica-se que 85 dos que responderam ao questionário (mais de 90 %) já encaminharam casos para as equipas de Intervenção Precoce, num total de 146 casos (média de 1,72 por enfermeiro).

3.4.2.4. Cruzamento de variáveis

Efectuando o cruzamento das variáveis seguindo o mesmo procedimento já descrito para os médicos, verificamos que agora as diferenças tendo em conta os Distrito são significativas para todas as variáveis da dimensão Informação e quase todas as relativas às Prática. São ainda significativas algumas relativas à Mudança: *Maior facilidade no encaminhamento ou rapidez de respostas as especialidades médicas, Aumento da sensibilidade ao contributo dos outros técnicos, Recursos a técnicos da IP, Aumento da frequência do atendimento médico à criança/ família e Diminuição dos custos.*

O *Tempo de serviço* não revela ser uma variável significativa na sua articulação com as restantes.

Já a variável *Ter contacto com as equipas* relaciona-se significativamente com

todas as variáveis da dimensões *Mudança* e quase todas da *Prática*, o mesmo sucedendo com as variáveis *Conhecer a ficha de sinalização* e *Usar a ficha de sinalização*.

3.5. Discussão dos resultados

Os dados obtidos permitem-nos constatar que os médicos possuem boa informação sobre a rede de Intervenção Precoce. A grande maioria conhece a existência da rede e das equipas de IP. Conhecem as formas de contacto, nomeadamente a ficha de sinalização, independentemente de a terem ou não utilizado. Por norma não pertencem à equipa de Intervenção Precoce, nem às equipas de parceiros, ou concelhias, e desenvolvem o seu trabalho mais numa perspectiva de articulação. No entanto têm dificuldade em identificar correctamente o local de sede da equipa.

Do mesmo modo, os enfermeiros demonstram estar muito bem informados acerca da existência das equipas (mais de 80%), sabem como contactá-la (74%) e têm contacto efectivo com ela (70%).

Há diferenças significativas entre os graus de informação acerca da IP nos três distritos, sendo inferiores em Évora e superiores em Portalegre na maior parte das variáveis.

Os médicos referem forte impacto da Intervenção Precoce na mudança de algumas situações relativas ao acompanhamento de crianças e família:

- a) ao nível das famílias: com maior facilidade na detecção de problemas familiares que põem em risco o desenvolvimento da criança (74,6 %), maior atenção aos problemas da família (73,3 %), e maior atenção à capacitação e autonomia da família (64,8 %);
- b) ao nível da maior proximidade dos apoios às crianças (71,8 %);
- c) ao nível da criança; com maior facilidade na detecção dos problemas de desenvolvimento (67,6 %) e na avaliação do desenvolvimento da criança (63,4 %);
- d) ao nível do trabalho e articulação com outros técnicos: com reconhecimento de maior sensibilidade ao contributo de outros técnicos (67,6 %) e maior facilidade no encaminhamento para consultas de especialidade (63,4 %).

Por seu lado, os enfermeiros acentuam como aspectos em que o impacto foi maior e em que a mudança é mais significativa:

- a) maior sensibilidade e abertura ao trabalho com outros profissionais (78,9%);
- b) mudanças relativas à maior facilidade na avaliação desenvolvimento da

3. Avaliação do impacto da IP no sistema de saúde

- criança (77,8%) e detecção de problemas a esse nível (74,4%);
- c) maior proximidade dos apoios (76,7%);
 - d) maior atenção à família, aos seus problemas (72,2%), e ao gerar nelas de maior competência e autonomia (72,2%).

Também em relação às mudanças, no distrito de Évora os resultados tendem a ser menos significativos, apontando para a necessidade de maior aproximação entre as equipas dos centros de saúde

Ao nível da Prática, o aspecto mais saliente nos médicos é o tipo de sinalização, que é feito através de um elemento de ligação, subentendendo uma boa proximidade e articulação com a equipa. Também é de salientar não haver perda significativa de casos e a manutenção do feedback relativamente a esses casos. Os enfermeiros acentuam a facilidade em contactar, articular e obter colaboração por parte da equipa e ainda a mudança ao nível do local onde exercem a sua acção que passa a ser, em muitos casos, o domicílio da família apoiada.

Os aspectos menos positivos relativos às práticas tem a ver com o facto de não receberem as fichas das crianças sinalizadas nem informação regular sobre as actividades da equipa. A articulação com os hospitais surge como frágil, funcionando melhor ao nível do encaminhamento dos recém-nascidos.

Tanto Médicos como enfermeiros têm encaminhado crianças para a rede de IP numa percentagem significativa (mais de 70 e de 90 %, respectivamente).

O conhecimento da ficha e a sua utilização são as variáveis que se relacionam significativamente com a *Mudança e Prática*, tanto nos médicos como nos enfermeiros. O que significa que podem ser bons indicadores da implementação de efectivas mudanças ao nível do trabalho de articulação dos centros de saúde com a rede de Intervenção Precoce.

4. Avaliação do impacto da IP no sistema educativo

4. Avaliação do impacto da IP no sistema educativo

4.1. Objectivos

Neste segundo estudo pretendeu-se avaliar o impacto do funcionamento da rede de Intervenção Precoce no sistema educativo ao nível das práticas profissionais dos educadores de infância, quer dos que são responsáveis pelas salas de jardim de infância ou creche, quer dos que prestam apoio específico às necessidades educativas especiais das crianças.

[61]

Através da auscultação dos educadores procurámos verificar :

- O tipo e o grau de informação que os educadores de infância têm acerca da Intervenção Precoce;
- Quando e como é que os educadores recorrem às equipas de Intervenção Precoce e encaminham as crianças para elas;
- A existência de contacto ou ligação com as equipas locais (concelhias);
- O conhecimento e utilização das fichas e procedimentos de sinalização;
- As mudanças verificadas ao nível das práticas dos educadores;
- As mudanças eventualmente encontradas nas problemáticas a que os educadores são chamados a dar resposta;
- As mudanças na articulação com outros serviços;
- A mudança na abrangência com que as problemáticas são encaradas, nomeadamente a maior atenção aos problemas de desenvolvimento, à família ou ao contributo de outros técnicos;
- O tipo de articulação interdisciplinar e interinstitucional e as mudanças verificadas a esse nível;
- As mudanças ao nível da quantidade dos recursos disponíveis;
- As mudanças nas práticas educativas específicas.

4.2. Instrumentos e metodologia

Para avaliar o impacto da Intervenção Precoce nas práticas dos educadores de infância, optámos por construir 2 questionários, com perguntas abertas e fechadas, a ser respondido e enviado pelo correio.

O “Questionário para os Educadores de Apoio” (anexo 3) é composto por 39 questões, sendo 14 abertas e 25 fechadas, integrando 4 partes, que se explicitam no **quadro 16**.

Quadro 16 - Dimensões e variáveis dos questionários para educadores de apoio

DIMENSÃO	
	• Variáveis
CARACTERIZAÇÃO DO EDUCADOR	
	<ul style="list-style-type: none"> • Equipa concelhia a que pertence; • Tempo de serviço global e como educador de apoio; • Formação especializada.
CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO APOIADA	
	<ul style="list-style-type: none"> • Número de crianças por faixa etária; • Diagnóstico das crianças apoiadas.
IMPACTO NA INFORMAÇÃO	
	• Qualidade da informação de que dispõe sobre IP.
IMPACTO NAS PRÁTICAS EDUCATIVAS	
	<ul style="list-style-type: none"> • Local de intervenção; • Periodicidade e duração da Intervenção; • Foco da intervenção; • Objectivos no trabalho com as famílias; • Mudanças verificadas no trabalho como Educador; • Mudanças resultantes da integração numa Equipa de IP.

[62]

Na construção deste questionário foi tido em conta:

- o enquadramento legal e organizacional dos educadores de apoio pertencentes às equipas de Intervenção Precoce;
- a informação constante nos relatórios de actividades das equipas acerca do trabalho dos educadores, população atendida e acções desenvolvidas;
- aquilo que a bibliografia e os estudos anteriores apontam como mais relevante no trabalho educativo dentro das perspectivas teóricas assumidas pela rede.

Os questionários foram enviados pelo correio, directa e nominalmente para as sedes das equipas, acompanhados de folha informativa sobre o âmbito e objectivos da pesquisa e de envelope selado para resposta. A forma de devolução das respostas garantia a completa confidencialidade das respostas.

O “Questionário para os Educadores Titulares” (anexo 4) foi enviado para os jardim de infância, com uma folha de instruções de forma a ser preenchido pelos Educadores com crianças com NEE nas suas salas, e com envelope selado para resposta, garantindo também a total confidencialidade das respostas. Este questionário compreendia as mesmas quatro partes descritas para os educadores de apoio, tendo bastantes perguntas em comum, conforme se pode verificar no **quadro 17**.

Quadro 17 - Dimensões e variáveis dos questionários para educadores titulares

DIMENSÃO
• Variáveis
CARACTERIZAÇÃO DO EDUCADOR
<ul style="list-style-type: none"> • Localização do jardim de infância; • Tempo de serviço global e no actual jardim de infância; • Formação em Intervenção precoce; • Crianças que tem na sua sala; • Número de crianças com NEE.
CARACTERIZAÇÃO DAS CRIANÇAS COM NEE
<ul style="list-style-type: none"> • Idades; • Diagnóstico das crianças apoiadas; • Apoio da equipa de IP: tipo e local dos apoios.
INFORMAÇÃO RELATIVA À INTERVENÇÃO PRECOCE
<ul style="list-style-type: none"> • Informação sobre a equipa de intervenção no concelho; • Informação sobre formas de articulação e encaminhamento; • Opinião sobre impacto da existência de uma equipa de IP.
PRÁTICA EDUCATIVA
<ul style="list-style-type: none"> • Impacto da IP sobre a prática educativa.

[63]

4.3. População e amostra

Para este estudo foram considerados os educadores de Infância pertencentes a dois grupos: educadores de apoio trabalhando com as equipas de Intervenção Precoce e educadores titulares de salas de Jardins de Infância em que existe uma ou mais crianças com necessidades educativas especiais, dos concelhos abrangidos pela rede de Intervenção Precoce. A utilização da designação “titular” não deve ser confundido com a designação de “professor titular”, entretanto criada em termos de carreira, correspondendo aqui ao educador que é o principal responsável por uma sala de jardim de infância.

A amostra de educadores de apoio foi constituída em função do número total de educadores de apoio existentes nos concelhos dos três distritos abrangidos pela rede de Intervenção Precoce, 154, tendo sido aleatoriamente seleccionados 79. Dos 79 inquéritos enviados foram recebidas respostas de 63 educadores de apoio (79,75 %)

Para a constituição da amostra de educadores titulares das salas foi feito o emparelhamento por concelhos, visando obter o mesmo número total e o mesmo

número por cada concelho. A selecção foi aleatória a partir do total de estabelecimentos educativos da região. Dos questionários enviados só se obtiveram 42 respostas (53,16 %), evidenciando as dificuldades havidas, especialmente nos distritos de Beja e Portalegre.

4.3.1. Distribuição geográfica

No quadro 18 apresenta-se a distribuição das amostras por distritos, bem como a população total de educadores. A maior concentração de educadores titulares do distrito de Évora na amostra deve-se apenas a uma maior índice de respostas neste distrito.

Quadro 18 - Amostra de educadores

DISTRITO	total:	amostra:	amostra:
	apoios educativos	apoios educativos	titulares de sala
	N	n	n
Beja	50	16	6
Évora	59	36	29
Portalegre	45	17	7
Total	154	63	42

[64]

4.3.2. Idade e tempo de serviço

A média de idades na amostra de educadores titulares é de 39,48 anos tendo metade dos entrevistados menos de 40 anos e outra metade 40 ou mais.

Os educadores titulares têm uma média de tempo total de serviço de 15,81 anos embora com uma distribuição muito alargada (d.p. 8,27) sendo que o tempo médio de permanência no actual jardim de infância é de 5,94 anos (com 6,36 de desvio padrão).

Os educadores de apoio apresentam um tempo de serviço superior (17,55 anos) com desvio padrão inferior (4,81) sendo que, em média já trabalham como educadores de apoio há 5,57 anos (com 5,39 de desvio padrão). Trata-se, por isso, de um grupo de educadores com experiência consolidada, tanto na actividade global como ao nível dos apoios educativos especializados.

Quadro 19 - Tempo de serviço

TEMPO	educadores			
	titulares		de apoio	
	n	%	n	%
Até 5 anos	5	11,9	1	1,6
5 - 9 anos	6	14,3	1	1,6
10-14 anos	7	16,7	12	19,0
15-19 anos	8	19,0	25	39,7
20 24 anos	7	16,7	19	30,2
+ de 25	9	21,4	4	6,3
NR	0	0	1	1,6
N	42	100	63	100
Média	15,81		17,55	
Desvio padrão	8,279		4,810	

4.3.3. Formação e especialização

Todos educadores de apoio referem ter algum tipo de formação em Intervenção Precoce, nomeadamente ao nível da formação em serviço. Metade refere ter especialização e apenas 14,3 % têm formação inicial nesta área.

Quanto ao domínio de especialização, os educadores de apoio em 25,4 % dos casos referem ter especialização em deficiência motora e/ou cognitiva, embora alguns tenham uma formação mais abrangente em NEE, em Intervenção Precoce, ou ainda noutras áreas de especialização. Já no grupo dos educadores titulares (**quadro 22**) apenas 22% refere ter formação em IP, o que parece apontar para a necessidade de formação neste domínio.

Quadro 20 - Formação em IP: educadores de apoio

FORMAÇÃO	n	%
Formação inicial sobre IP	9	14,3
Formação complementar (especialização)	34	54,0
Formação em serviço sobre IP	62	100,0

Quadro 21 - Áreas de especialização: educadores de apoio

ÁREAS DE ESPECIALIZAÇÃO	n	%
Necessidades educativas especiais	5	7,9
Intervenção Precoce	4	6,3
Deficiência motora e/ou cognitiva	16	25,4
Outros	8	12,7
NA	30	47,6
Total	63	100,0

Quadro 22 - Formação em IP: educadores titulares

FORMAÇÃO	n	%
Sim	9	22,0
Não	32	78,0
Total	41	100,0

4.4. Resultados obtidos

4.4.1. Educadores de apoio das equipas de IP

4.4.1.1. População apoiada

Os educadores de apoio abrangidos por este estudo acompanham um total de 579 crianças, numa média de 9,2 crianças por educador, das quais 183 têm menos de 3 anos, e 345 entre 3 e 5. Há ainda 51 crianças com mais de 6 anos, devido, em muitos casos, ao adiamento da sua entrada na escola

Quadro 23 - Escalão etário das crianças apoiadas

IDADES	n
0 - 2 anos	183
3 - 5 anos	345
6 e + anos	51
Total	579

Quanto às características da população, 213 dessas crianças encontram-se em *Risco de atraso grave por causas sociais ou familiares*, 93 apresentam atraso grave do desenvolvimento e 89 apresentam deficiência. Há ainda 56 em situação de risco por causas biológicas.

Quadro 24 - Diagnóstico da crianças apoiadas

DIAGNÓSTICO	n	%
Deficiência estabelecida	89	15,37
Atraso grave de desenvolvimento	93	16,06
Risco de atraso grave por causas biológicas	56	9,67
Risco de atraso grave por causas sociais/familiares	213	36,79
Outro	50	8,64

[66]

4.4.1.2. Impacto ao nível da informação

A primeira dimensão que procurámos abordar no que se refere ao impacto foi o da informação de que estes educadores dispõem enquanto membros de uma equipa da Intervenção Precoce. Foi-lhes pedido que qualificassem a sua informação numa escala de 1 a 5, em que o mais baixo corresponde a “*nenhuma informação*” e o mais elevado a “*toda a informação necessária*”.

Todos referem ter bons níveis de informação. No que se refere ao enquadramento teórico da IP a informação é bastante e em 31,7 % os técnicos consideram mesmo que corresponde totalmente às suas necessidades, não sendo sentida a necessidade de mais formação. É referida como bastante mas necessitando de mais a informação que se refere às problemáticas do desenvolvimento e à prática educativa no âmbito da Intervenção Precoce. A informação referente aos estilos de funcionamento da família e ao funcionamento de outros serviços que intervêm com a criança e a família são aquelas em que o nível médio de informação é mais baixo, sendo esta última a única variável em que o maior número de respostas se encontra na classe “*alguma informação*”.

Quadro 25 - Informação: Educadores de apoio

INFORMAÇÃO DE QUE DISPÕE	N	\bar{x}	d.p.					
				nenhuma	pouca	alguma	bastante	toda a necessária
	N	\bar{x}	d.p.	%	%	%	%	%
Enquadramento teórico da Intervenção Precoce	63	4,19	0,644	0,0	0,0	12,7	55,6	31,7
A Intervenção Precoce como serviço	63	3,94	0,644	0,0	0,0	23,8	58,7	17,5
Problemáticas do desenvolvimento das crianças apoiadas	63	3,90	0,530	0,0	1,6	14,3	76,2	7,9
Estilos de funcionamento das famílias	63	3,60	0,685	0,0	3,2	41,3	47,6	7,9
Prática educativa na Intervenção Precoce	63	3,92	0,548	0,0	1,6	14,3	74,6	9,5
Funcionamento de outros serviços que intervêm com as crianças/famílias	63	3,35	0,765	0,0	12,7	44,4	38,1	4,8

4.4.1.3. Impacto nas práticas de intervenção dos educadores

Na descrição que estes educadores pertencentes às equipas fazem das suas práticas, verificamos que a maior parte (82,5 %) desenvolve a sua acção tanto nos jardins de infância/creche como nos domicílios. Só uma pequena percentagem trabalha exclusivamente no jardim de infância (9,5 %) ou domicílio (6,4%). O que significa que o domicílio das famílias apoiadas é considerado como local de intervenção para quase 90% dos profissionais.

No que se refere à frequência dos atendimentos ou de trabalho com a criança, podemos ver que a intervenção é mais frequentemente bissemanal (47,6 % das situações) ou semanal (39,7 %), sendo raros os casos em que a periodicidade é diferente.

Parecendo ser seguido um modelo de atendimento, a duração média de cada sessão é geralmente superior a 60 minutos (60,3 % dos casos).

Estes educadores consideram quase todos que o objecto da sua intervenção é tanto a criança como os pais. Uma percentagem elevada (76,2 %) considera que a educadora da sala é igualmente alvo da sua actuação. De referir ainda que 57,1 % consideram os outros profissionais como alvo da intervenção.

Quanto à sua acção junto das famílias, os educadores de infância, consideram como objectivo o

Quadro 26 - Local de intervenção

LOCAL	n	%
Só no domicílio	4	6,3
Só no jardim de infância	6	9,5
Domicílio + creche	12	19,0
Domicílio + jardim de infância	40	63,5
Outra situação	1	1,6
Total	63	100,0

[67]

Quadro 27 - Frequência da intervenção

PERIODICIDADE	n	%
Bissemanal	30	47,6
Semanal	25	39,7
Quinzenal	2	3,2
Outra	6	9,5
Total	63	100,0

Quadro 28 - Tempo médio das sessões de trabalho

DURAÇÃO	n	%
Cerca 30 minutos	1	1,6
30 - 60 minutos	24	38,1
+ 60 minutos	38	60,3
Total	63	100,0

Quadro 29 - Alvo da intervenção do educador

SUJEITOS DA INTERVENÇÃO	n	%
Criança	63	100,0
Pais	60	95,2
Educador/a	48	76,2
Ama	6	9,5
Outros profissionais	36	57,1

fornecimento de informação (92,1 %), o trabalho com a família (90,5 %), o encaminhamento (90,5%) e o aconselhamento (82,5%)

Procurámos ver quais as mudanças que tem havido nas práticas dos educadores de apoio como consequência da sua participação numa rede de Intervenção Precoce. De uma forma geral, os educadores referem mudanças significativas em todas as 5 dimensões avaliadas. As mais significativas são a utilização de instrumentos próprios de IP (instrumentos de avaliação e planeamento da intervenção) em que 74,6 % dizem ter mudado *muito* ou *muitíssimo*, e na avaliação das necessidades das crianças e das famílias (76,2 % *muito* ou *muitíssimo*).

Quadro 30 - Objectivo da intervenção com as famílias

OBJECTIVOS	n	%
Aconselhamento	52	82,5
Informação	58	92,1
Encaminhamento	57	90,5
Organização de grupos de pais	0	0,0
Organização de reuniões de pais	3	4,8
Organização de formação para os pais	6	9,5
Trabalho com a família	57	90,5
Trabalho com a família e a comunidade	37	58,7
Outros	7	11,1
Não trabalho habitualmente com as famílias	0	0,0

[68]

Quadro 31 - Mudanças na prática como educador

MUDANÇAS	N	\bar{x}	d.p.	nada	pouco	algo	muito	muitíssimo
				%	%	%	%	%
Avaliação das necessidades das crianças e das famílias	63	3,89	0,743	0,0	4,8	19,0	58,7	17,5
Articulação do trabalho com os educadores titulares	61	3,23	0,824	1,6	14,8	47,5	31,1	4,9
Utilização de instrumentos como avaliações formais, PIAF, etc	63	3,92	0,789	0,0	4,8	20,6	52,4	22,2
Local onde desenvolve a intervenção	63	3,60	1,040	1,6	12,7	33,3	28,6	23,8
Processo de transição para outras estruturas educativas	61	3,23	0,973	4,9	14,8	41,0	31,1	7,9
Outro aspecto	4	5,00	0,000	0,0	0,0	0,0	0,00	100,0

As mudanças menos significativas ocorreram na articulação do trabalho com os educadores titulares e no processo de transição para outras estruturas educativas (em que quase 20 % diz ter havido poucas ou nenhuma mudanças). De referir, no entanto, que a maior percentagem de respostas *muitíssimo* se verifica na variável *Local onde desenvolve a intervenção*.

Quisemos também avaliar a utilidade e os benefícios que a integração numa equipa de Intervenção Precoce teve para cada um dos educadores. Pedimos para

4. Avaliação do impacto da IP no sistema educativo

assinalarem de que modo a integração numa equipa os ajudou, num conjunto de 8 aspectos. De uma forma geral os educadores referem que essa integração os ajudou muito nas dimensões avaliadas, sendo o valor médio do posicionamento sempre acima de 3,8 (próximo da categoria *ajudou muito*).

O maior benefício decorre de começar a trabalhar numa abordagem centrada na família (82,5 % consideram que a integração na equipa ajudou muito ou muitíssimo) ou a perspectivar a família como unidade de intervenção. Trabalhar numa perspectiva transdisciplinar (única variável em que a percentagem de *muitíssimo* iguala a de *muito*), passar a ser capaz de reconhecer as forças e capacidades na criança e na família e melhorar a capacidade de detecção dos casos foram os outros aspectos em que trabalhar na equipa de Intervenção Precoce ajudou mais o educador de apoio.

[69]

Quadro 32 - Impacto da integração na equipa de IP				nada	pouco	algo	muito	muitíssimo
BENEFÍCIO	N	\bar{x}	d.p.	%	%	%	%	%
Ter acesso à informação necessária	63	3,84	0,700	0,0	3,2	23,8	58,7	14,3
Perspectivar a família como unidade de intervenção	63	4,11	0,721	0,0	0,0	20,6	47,6	31,7
Reconhecer forças e capacidade na criança e na família	63	4,08	0,789	0,0	1,6	22,2	42,9	33,3
Saber como capacitar as famílias	63	3,89	0,863	0,0	4,8	28,6	39,7	27,0
Melhorar a capacidade de detecção e sinalização de casos	63	4,06	0,840	0,0	4,8	17,5	44,4	33,3
Trabalhar segundo uma abordagem centrada na família	63	4,21	0,722	0,0	0,0	17,5	44,4	38,1
Articular com outros profissionais/serviços	63	3,98	0,772	0,0	3,2	20,6	50,8	25,4
Trabalhar segundo um modelo de funcionamento transdisciplinar	63	4,11	0,845	0,0	3,2	20,6	38,1	38,1
Ser mais eficaz na avaliação do desenvolvimento infantil	63	3,84	0,846	0,0	6,3	25,4	46,0	22,2
Outro	3	4,67	0,577	0,0	0,0	0,0	33,3	66,7

4.4.2. Educadores titulares das salas de creche / JI

4.4.2.1. População apoiada

Os educadores titulares das salas de jardins de infância e creches participantes no estudo trabalham tanto na rede pública do Ministério da Educação (54,8 %) como nas IPSS (40,5 %). Trabalham com grupos de tamanho variável, verificando-se que 57,1 % têm

Quadro 33 - Tipo de estabelecimento		
JARDIM DE INFÂNCIA	n	%
Rede pública (M.E)	23	54,8
Rede solidária (IPSS)	17	40,5
Outro	2	4,8
Total	42	100,0

20 ou mais crianças na respectiva sala. As crianças que acompanham estão na maior parte dos casos agrupadas em turmas heterogéneas dos 3 aos 6 anos, quer por corresponderem a jardins de infância de pequena dimensão quer por opção pedagógica.

Quanto ao acompanhamento de crianças com necessidades educativas especiais no momento actual, metade dos inquiridos tem apenas uma, sendo que há 26,2 % que tem três ou mais. Em termos etários, o maior número dessas crianças está na classe dos 4 anos.

No que se refere ao diagnóstico das perturbações de desenvolvimento dessas crianças, apenas em relação a 51 das 76 foi possível apurar algum tipo de diagnóstico, sendo que as situações mais frequentes são referidas como *Atraso global do desenvolvimento* (25,9%) e *Perturbações da linguagem* (24,1%).

Quase todos os educadores indicaram receber apoio da equipa de Intervenção Precoce do seu concelho (apenas num caso não existe esse apoio) o que nos dá uma boa indicação sobre a forma como a rede parece estar a cobrir amplamente as necessidades da sua área territorial.

Quanto ao tipo dos apoios recebidos pelas crianças, são maioritariamente prestados pelo terapeuta da fala (61,9%) e por um educador de infância (57,1%). Também são recebidos apoios de psicólogo, de fisioterapeuta e, em percentagem menor, de técnicos do serviço social, terapeuta

Quadro 34 - Crianças por sala

QUANTIDADES	n	%
até 10 crianças	4	9,5
10 a 19 crianças	13	31,0
20 e + crianças	24	57,1
NR	1	2,4
Total	42	100,0
Média	18,78	
Desvio padrão	5,251	

Quadro 35 - Idades das crianças

IDADES	n	%
3 anos	6	14,3
4 anos	6	14,3
5 anos	6	14,3
Variável (3 a 5 anos)	24	57,1
Total	42	100,0

Quadro 36 - Crianças com NEE por sala

CRIANÇAS POR SALA	n	%
0	2	4,8
1	21	50,0
2	8	19,0
3	8	19,0
4	2	4,8
7	1	2,4
total de crianças integradas	76	

Quadro 37 - Idades das crianças com NEE

IDADES	n
3 anos	9
4 anos	30
5 anos	22
6 e + anos	15
Total	76

4. Avaliação do impacto da IP no sistema educativo

ocupacional e enfermeiro.

Estes apoios são recebidos essencialmente no jardim de infância ou domicílio, sendo que todos os profissionais prestam serviços em ambos os espaços (excepto o terapeuta ocupacional que, no entanto, apenas acompanha 2 casos). Tanto os terapeutas da fala (84,6%) como os psicólogos (90%) prestam mais frequentemente o seu apoio no jardim de infância que o educador de apoio que apenas o faz em 79,1% dos casos com que trabalha.

O responsável de caso é mais frequentemente o educador de infância da equipa (38,1 %), podendo também ser o psicólogo, o fisioterapeuta ou outro membro da equipa. Há ainda cerca de 19 % que não sabe indicar quem é o responsável de caso.

Quadro 38 - Diagnóstico das NEE

DIAGNÓSTICO	n	%
Atraso global de desenvolvimento	14	25,9
Risco de atraso grave	3	5,5
Risco social/familiar	1	1,8
Perturbações da linguagem	13	24,1
Perturbações espectro autista	3	5,5
Alterações do comportamento	6	11,1
Hiperactividade/défice de atenção	2	3,7
Síndrome x-frágil	2	3,7
Paralisia cerebral	3	5,5
Outras perturbações	4	7,4
Total	51	100,0

Quadro 39 - Apoio por parte da EIP

APOIO DA EIP	n	%
Sim	39	92,9
Não	1	2,4
NA	2	4,8
Total	42	100,0

Quadro 40 - Apoios recebidos

TÉCNICO	apoios recebidos			
	total		no JI	
	n	%	n	%
Educador de infância	24	57,1	19	79,1
Técnico do serviço social	2	4,8	1	50,0
Psicólogo	11	26,2	10	90,0
Fisioterapeuta	7	16,7	2	28,6
Terapeuta da fala	26	61,9	22	84,6
Terapeuta ocupacional	2	4,8	2	100,0
Enfermeiro	1	2,4	0	0,0
Outro	2	4,8	0	0,0

Quadro 41 - Responsável de caso

RESPONSÁVEL DE CASO	n	%
Educador de infância	16	38,1
Técnico do serviço social	1	2,4
Psicólogo	6	14,3
Fisioterapeuta	2	4,8
Terapeuta da fala	5	11,9
NS/NR	8	19,0
NA	4	9,5
Total	42	100,0

4.4.2.2. Impacto na informação

No que se refere à informação que os educadores de infância possuem, é quase total o conhecimento que têm da existência da equipa no respectivo concelho, assim como acerca da forma de contacto, bem como o reconhecimento da utilidade da ficha de sinalização (todas com 97,6 % das respostas). A existência de contacto com a equipa e a facilidade desse contacto são também referidos por mais de 90% destes educadores. São ainda bastante elevados os valores relativos a facilidade de articulação e maior atenção aos problemas da família. A informação sobre a utilização da ficha de sinalização é a que tem um valor mais baixo (69%).

Quadro 42 - Informação: educ. titulares

VARIÁVEIS: INFORMAÇÃO	%
Existência de equipa de IP no concelho onde exerce	97,6
Conhecimento da forma de contacto da equipa	97,6
Utilidade da ficha de sinalização	97,6
Contacto com a equipa	92,9
Facilidade de contacto com a equipa de IP	92,9
Facilidade de articulação com a equipa de IP	82,9
Maior atenção aos problemas das famílias	82,5
Conhecimento da ficha de sinalização	80,5
A equipa ajudou no processo de integração de crianças com N.E	77,5
Melhorou a detecção precoce de problemas de desenvolvimento	75,0
Utilização da ficha de sinalização	69,0

[72]

Quanto à informação que lhes foi trazida através do apoio que recebem da equipa de Intervenção Precoce, verificamos que (ao invés do que acontecia no caso dos educadores de apoio) o valor mais baixo refere-se ao enquadramento teórico da IP. Também quanto ao como trabalhar com famílias 31,7 % diz ter recebido pouco ou nenhuma ajuda. O valor mais elevado refere-se à informação sobre as problemáticas do desenvolvimento das crianças apoiadas, o desenvolvimento e necessidades das famílias apoiadas e a relevância da informação recebida para a inclusão educativa das crianças com necessidades especiais.

Quadro 43 - Ajuda da IP ao nível da Informação

A IP AJUDOU A TER INFORMAÇÃO SOBRE	N	\bar{x}	d.p.	nada	pouco	algo	muito	multíssimo
				%	%	%	%	%
Enquadramento teórico da Intervenção Precoce	40	3,25	1,428	5,0	22,5	42,5	12,5	15,0
Inclusão educativa de crianças com necessidades especiais	41	3,56	1,433	4,9	14,6	34,1	22,0	22,0
Problemáticas do desenvolvimento das crianças apoiadas	41	3,61	1,394	4,9	7,3	46,3	14,6	24,4
Desenvolvimento e necessidades das famílias	41	3,59	1,533	9,8	9,8	31,7	19,5	26,8
Como trabalhar com as famílias	41	3,27	1,628	14,6	17,1	29,3	14,6	22,0

4.4.2.3. Impacto nas práticas educativas

Pretendemos também verificar de que modo a articulação com a equipa de Intervenção Precoce tem ajudado os educadores titulares na sua prática educativa.

O maior impacto verifica-se no melhor conhecimento das problemáticas das crianças integradas (com 45 % a dizer que ajudou *muito* ou *muitíssimo*), e na articulação com outros profissionais ou serviços que também intervêm com a criança e a família (42,5 % *muito* ou *muitíssimo*).

Os valores mais baixos referem-se à falta de conhecimento sobre o funcionamento das equipas de Intervenção Precoce e à implementação de novas estratégias de trabalho na comunidade, em que 20,5% diz não ter ajudado nada.

[73]

Quadro 44 - Impacto nas práticas educativas dos educadores titulares				nada	pouco	algo	muito	muitíssimo
A IP AJUDOU A	N	\bar{x}	d.p.	%	%	%	%	%
Conhecer as problemáticas das crianças integradas	40	3,60	1,297	2,5	10,0	40,0	30,0	15,0
Articular com outros profissionais/serviços	40	3,35	1,442	10,0	12,5	32,5	32,5	10,0
Ter acesso à informação necessária	40	3,30	1,265	2,5	15,0	52,5	20,0	7,5
Melhorar a detecção e sinalização de problemas de desenvolvimento	40	3,30	1,344	2,5	22,5	40,0	22,5	10,0
Desenvolver trabalho individual com a criança	39	3,28	1,432	5,1	23,1	35,9	20,5	12,8
Implementar estratégias adequadas de inclusão educativa	40	3,25	1,428	7,5	20,0	35,0	25,0	10,0
Ter um maior conhecimento das famílias	40	3,15	1,511	12,5	20,0	30,0	25,0	10,0
Planificar o trabalho do grupo, tendo em conta as necessidades da criança	40	3,13	1,399	7,5	22,5	40,0	20,0	7,5
Conhecer o funcionamento das equipas de IP	40	3,00	1,301	2,5	35,0	37,5	20,0	2,5
Implementar novas estratégias de trabalho com a comunidade	39	2,82	1,485	20,5	12,8	48,7	10,3	5,1

4.5. Discussão dos resultados

Os educadores de apoio são profissionais bastante experientes, em que cerca de metade tem um curso de especialização, e formação em Intervenção Precoce. Todos trabalham directamente com crianças em contexto de creche/jardim de infância e/ou domicílio, acompanhando, em média, nove crianças. Os casos acompanhados são maioritariamente de crianças em *Risco de atraso por causas sociais/familiares* (36,8 %).

Os educadores de apoio referem que a IP os ajudou a alcançar níveis de informação muito bons, especialmente sobre o enquadramento teórico da Intervenção Precoce, sobre a sua compreensão enquanto serviço e sobre a prática educativa no seu

âmbito. Referem também possuir boa informação sobre o desenvolvimento da criança e da família. Os domínios da informação em que a ajuda da IP foi menor foi sobre o funcionamento familiar e funcionamento de outros serviços, parecendo ser possível melhorar o conhecimento que estes educadores possuem a este respeito.

Esta informação é relevante ao nível da promoção da formação destes profissionais, já que a formação inicial dos educadores de infância contempla tradicionalmente pouco ou nada sobre a intervenção com famílias. O perfil de trabalho dos educadores que trabalham em IP acentua a necessidade de uma formação sólida sobre o funcionamento e dinâmica familiar e sobre os processos educativos e de mudança em contexto familiar.

[74]

Do ponto de vista das práticas, o trabalho no domicílio das crianças apoiadas parece estar generalizadamente presente nas actividades dos educadores já que ali trabalham em cerca de 90% dos casos, enquanto que são apenas 9,5 % os que trabalham exclusivamente nos jardins de infância. Esta perspectiva de trabalho nos “contextos naturais” (Thurman, Cornwell & Gottwald, 1997) é coerente com o modelo de intervenção. A maior parte trabalha, aliás, tanto no contexto familiar como na creche/jardim de infância, o que nos dá indicação de alguma maleabilidade na adequação, quer às necessidades da criança e da família como no fazer face aos constrangimentos que eventualmente possam existir.

Os educadores parecem prosseguir um modelo de atendimento, com sessões semanais ou bi-semanais que têm uma duração frequentemente superior a 60 minutos.

Apesar disso, têm uma noção clara que o alvo da sua intervenção está tanto na criança como nos pais, como também no próprio educador que acompanha o dia a dia da criança. Mais de metade refere ainda que trabalha com outros profissionais. Esta perspectiva representa uma mudança significativa na perspectiva puramente educativa do trabalho com crianças em idade pré-escolar que aponta para uma forte coerência com um modelo de intervenção contextual e ecológico.

O trabalho que desenvolvem com as famílias tem novos e distintos objectivos: dar informação, encaminhar, e aconselhar, requerendo um envolvimento directo com a família. Há assim dimensões mais funcionais e outras mais relacionais, apontando para um modelo de relação de ajuda com vista à promoção da mudança familiar, que exige um tipo de trabalho adequado a estas finalidades.

Os educadores de apoio referem ter mudado muito a sua prática em consequência de trabalharem com uma equipa de Intervenção Precoce. Essa mudança é sentida especialmente ao nível da utilização de instrumentos de avaliação e planificação da intervenção e da avaliação das necessidades da criança e da família. Um

4. Avaliação do impacto da IP no sistema educativo

grupo significativo põe em relevo a mudança do seu local de intervenção do jardim de infância para o domicílio. As mudanças menores foram ao nível da articulação com os educadores titulares das salas e no processo de transição para outras estruturas.

Os maiores ganhos de trabalharem na Intervenção Precoce, integrados numa equipa, concretizam-se em a) terem passado a trabalhar centrados na família tendo esta como unidade de intervenção, b) melhor capacidade para detectar as dificuldades e para reconhecer as forças e capacidades, e c) trabalhar com um modelo de equipa transdisciplinar, ou seja os educadores dizem que foi a sua integração na Equipa que lhes permitiu trabalhar de uma forma diferente, num paradigma distinto daqueles que lhes eram tradicionais.

Por seu lado, os educadores titulares das salas mostram ter apoio efectivo das equipas de Intervenção Precoce, o que aponta para uma eficaz cobertura da rede. Esses apoios são mais frequentemente prestados através do terapeuta da fala e do educador da equipa. As dificuldades da linguagem são referidas como a principal referências das NEE das crianças apoiadas, ficando, no entanto, em aberto a natureza dessas necessidades face à utilização de categorias vagas e abrangentes (atraso global de desenvolvimento e perturbações da linguagem). Os apoios recebidos têm lugar especialmente no jardim de infância.

Os educadores titulares têm ampla informação sobre a Intervenção Precoce: na quase totalidade sabem da existência das equipas, e conhecem a forma de as contactar, consideram fácil esse contacto e reconhecem a utilidade da ficha de sinalização na articulação dos contactos.

Ao nível de informação, a maior ajuda que consideram ter recebido refere-se à inclusão educativa das crianças com necessidades educativas especiais. O nível mais baixo de ajuda situa-se no enquadramento teórico da Intervenção Precoce. Resultado exactamente inverso do encontrado nos educadores de apoio e que abre como pista de trabalho a utilidade de elevar esse nível de informação destes educadores. O mesmo sucede com o saber como trabalhar com as famílias, que também reflecte necessidade de ajuda / formação.

No que se refere à forma como a articulação com a equipa de Intervenção Precoce ajudou o educador titular na sua prática educativa, os resultados mais significativos encontram-se no conhecimento das problemáticas das crianças e na articulação com outros profissionais. São bastante ténues, abaixo no nível médio, relativamente ao conhecimento do funcionamento interno das equipas e à implementação de novas estratégias de trabalho com a comunidade.

5. Avaliação do impacto da IP no desenvolvimento da criança e da família

5. Avaliação do impacto da IP

no desenvolvimento da criança e da família

5.1. Objectivos

Neste terceiro estudo pretendemos, por fim, avaliar o impacto do funcionamento da rede de Intervenção Precoce sobre o desenvolvimento da criança e da família.

Não sendo possível, neste momento, um estudo longitudinal em que as várias dimensões do desenvolvimento das crianças possam ser avaliadas em diferentes momentos, optámos por considerar a opinião e avaliação daqueles que estão mais directamente ligadas à criança: os pais, por um lado, o responsável de caso, enquanto representante da equipa, por outro.

Na avaliação do impacto da Intervenção Precoce no desenvolvimento da criança operacionalizámos um conjunto de dimensões que correspondem aos objectivos específicos deste estudo:

- a) Verificar a forma como decorreu a detecção inicial das dificuldades da criança;
- b) Conhecer como, por quem e quando foi feito o diagnóstico das dificuldades da criança;
- c) Conhecer como, e em que momento, foi feito o encaminhamento do caso para a equipa de Intervenção Precoce;
- d) Verificar a celeridade do processo que conduziu da primeira detecção até à entrada em acção da equipa de Intervenção Precoce;
- e) Verificar o tipo de problemáticas e necessidades das crianças acompanhadas;
- f) Conhecer onde decorre o apoio das equipas e quem o presta;
- g) Avaliar em que medida podem ser observadas mudanças no desenvolvimento da criança que possam ser relacionadas com o processo de intervenção.

Na avaliação do impacto no funcionamento familiar e no desenvolvimento da família, tivemos como objectivos:

- a) Verificar o conhecimento acerca da existência dos serviços de IP;
- b) Verificar o conhecimento existente acerca dos serviços de intervenção na saúde, educação e protecção das crianças com perturbações de desenvolvimento ou em risco;
- c) Verificar a forma como se concretizou a sua relação com os serviços;

- d) Observar como é que as famílias recorrem aos serviços e o que deles esperam;
- e) Verificar qual o apoio obtido pelas famílias;
- f) Ver de que modo as famílias se referem ao apoio recebido;
- g) Verificar de que forma os apoios/intervenção têm respondido às necessidades da família;
- h) Identificar as mudanças verificadas no desenvolvimento da família e no seu funcionamento.

Este conjunto de objectivos não inclui qualquer indicador directo de satisfação das famílias em relação aos serviços, nem, como dissemos, qualquer indicador de observação directa da criança

[80]

5.2. Instrumentos e metodologia

Para a recolha dos dados foram seguidos dois procedimentos similares, tendo sido construídos 2 questionários, um para as famílias e outro para responsáveis de caso. No questionário para as famílias foram consideradas três dimensões: *Caracterização da família, Caracterização do desenvolvimento da criança e Impacto no desenvolvimento da família*, integrando as variáveis apresentadas no **quadro 45**.

No questionário para os responsáveis de caso foram consideradas as mesmas dimensões, embora tenha havido as necessárias alterações das variáveis, conforme o **quadro 46**.

Para recolha dos questionários foi seguido o mesmo procedimento para ambos os grupos, embora seguindo dois processos distintos, havendo o cuidado de os elementos de um grupo não conhecerem as respostas do outro. Após a selecção da amostra, foi contactada a equipa que faz acompanhamento da criança, sendo marcada uma entrevista com o responsável de caso, obtida a forma de contacto com a família e marcada também uma entrevista com ela. Nos casos em que foi impossível entrevistar directamente a família, a criança seleccionada para a amostra foi substituída por uma suplente, previamente seleccionada de forma igualmente aleatória, do mesmo concelho. Em caso algum foi permitida a substituição de crianças apenas pela facilidade de contacto ou por sugestão da equipa.

A opinião dos pais foi recolhida através de uma entrevista directa e pessoal a um ou ambos os pais da criança. A entrevista levou ao preenchimento conjunto do “Questionário para as Famílias Apoiadas” (Anexo 5), que foi complementado por perguntas abertas ou pelas informações adicionais prestadas pelos pais. Esta entrevista foi realizada por licenciados em psicologia ou serviço social, devidamente preparados

5. Avaliação do impacto da IP no desenvolvimento da criança e da família

para o efeito, e, regra geral, foi efectuada no domicílio ou num dos locais onde a criança recebe apoio regular (jardim de infância, hospital, instituição, etc.).

As opiniões dos responsáveis de caso foram recolhidas igualmente em entrevista pessoal e directa que levou ao preenchimento do “Questionário para os Responsáveis de Caso” (Anexo 6).

Quadro 45 - Dimensões e variáveis dos questionários para famílias

DIMENSÃO
<ul style="list-style-type: none">• Variáveis
CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA <ul style="list-style-type: none">• Caracterização dos pais: idade, profissão, formação;• Tipo de família;• Constituição do agregado familiar;• Rendimento familiar;• Residência e condições de habitação.
DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA <ul style="list-style-type: none">• Caracterização da criança: idade, sexo, Jardim de Infância frequentado e posição na fratria;• Razões do apoio pela Equipa;• Diagnóstico;• Primeiras preocupações: em que idade e quem as manifestou;• Primeiro diagnóstico: quem o fez e quando;• Encaminhamento: idade e tempo de espera;• Dificuldades da criança (por áreas);• Ajuda recebida (por áreas);• Início do apoio: momento, local e técnicos envolvidos;• Apoio actual: profissionais, responsável de caso e frequência;• Local de intervenção;• Outros apoios;• Avaliação global do apoio recebido.
IMPACTO NO DESENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA <ul style="list-style-type: none">• Informação;• Avaliação global da informação recebida;• Rede Social e Inclusão na comunidade: quem ajudou e apoio da IP;• Funcionamento familiar;• Avaliação global da adequação do apoio.

Quadro 46 - Dimensões e variáveis dos questionários para responsável de caso

DIMENSÃO	
• Variáveis	
CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA E FAMÍLIA	
<ul style="list-style-type: none"> • Caracterização da criança: idade sexo, frequência do JI, equipa de apoio; • Caracterização dos pais: idade, profissão, formação. 	
DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA	
<ul style="list-style-type: none"> • Razões do apoio pela Equipa; • Diagnóstico; • Primeiras preocupações: em que idade e quem as manifestou; • Primeiro diagnóstico: quem fez e quando; • Encaminhamento: idade e tempo de espera; • Início do apoio: momento, local e técnicos envolvidos; • Dificuldades da criança (por áreas); • Progressos registados (por áreas); • Apoio actual: profissionais, responsável de caso e frequência do apoio; • Local de intervenção; • Outros apoios; • Avaliação global dos resultados do apoio fornecido. 	
IMPACTO NO DESENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA	
<ul style="list-style-type: none"> • Informação; • Avaliação global da informação fornecida; • Rede Social e Inclusão na comunidade: apoio da IP; • Funcionamento familiar; • Avaliação global da adequação do apoio. 	

[82]

5.3. População e amostra

A população estudada é constituída pelas crianças apoiadas, de forma regular, por um serviço ou equipa de Intervenção Precoce, e as respectivas famílias, de acordo com os dados fornecidos pela coordenação regional. No total dos 3 distritos alentejanos são apoiadas 1164 crianças, com algum tipo de perturbação do desenvolvimento ou

Quadro 47 - Amostra por distritos

DISTRITO	população	amostra
	N	n
Beja	235	21
Évora	601	52
Portalegre	328	29
Total	1164	102

5. Avaliação do impacto da IP no desenvolvimento da criança e da família

em situação de risco, mais de metade das quais nos concelhos do distrito de Évora.

De entre estas foi feita uma selecção aleatória de 102 crianças que constituíram a amostra estudada, numa distribuição que respeita as diferenças entre distritos e abrange todos os concelhos em que funciona a rede de Intervenção Precoce. Para a constituição da amostra foram tidos em conta os números relativos ao ano lectivo 2005/2006, embora a recolha de dados apenas se tenha efectuado durante o ano seguinte.

A resposta ao questionário foi feita apenas pela mãe na grande maioria dos casos (85,3%) e nos restantes pelo pai, por ambos os pais em conjunto, avós ou tios.

5.3.1. Caracterização das crianças

A distribuição das crianças apoiadas acumula-se muito inesperadamente na classe dos 6 anos ou mais, no limite superior da idade elegível para a Intervenção Precoce, com dois grupos idênticos nas classes até aos 3 anos e dos 3 a 5 anos. A utilização de uma amostragem seleccionada num ano lectivo anterior ao da recolha dos dados terá contribuído para este aumento do nível etário. 61,8 % das crianças são rapazes e 38,2 % são raparigas.

Das 102 crianças estudadas, 86 frequentam os Jardim de Infância da rede pública ou creches/jardins de infância privados (englobando a rede solidária de estabelecimentos pertencentes a IPSS e outras situações de estabelecimentos privados). Apenas 15,7% não estão em nenhum

Quadro 48 - Familiar entrevistado

ENTREVISTADOS	n	%
Mãe	87	85,3
Pai	5	4,9
Avós	7	6,9
Tios	1	1,0
Ambos os pais	2	2,0
Total	102	100

[83]

Quadro 49 - Distribuição etária

IDADES	n	%
< 3 anos	23	22,5
3 - 5 anos	23	22,5
6 e + anos	56	54,9
Total	102	100
Média	55,80 meses	
Desvio padrão	20,580 meses	
Mínimo	4 meses	
Máximo	84 meses	

Quadro 50 - Sexo

SEXO	n	%
Masculino	63	61,8
Feminino	39	38,2
Total	102	100

estabelecimento educativo. Nas respostas dos responsáveis de caso há ligeiras variações (sendo apenas referidas 48 crianças integradas) que se devem apenas a novas entradas no jardim de infância ainda não registadas pela equipa.

Cerca de um terço das crianças são filhos únicos. Depois surgem 27,5 % de segundos filhos, 19,6% terceiros e 15,7 % de filhos mais velhos.

De referir ainda que em 15 % dos casos considerados há outros irmãos que são também apoiados pela Intervenção Precoce.

Na entrevista com a família optámos por solicitar a informação sobre se o apoio de uma equipa de Intervenção Precoce é devido a problemas de desenvolvimento da criança, com a alternativa *sim* ou *não*. Não inquirimos sobre a diferenciação entre deficiência e risco social, por precaução ética, porquanto poderia ser demasiado intrusivo ou ameaçador, e não havia informação sobre a forma como a família e a equipa tinham justificado o apoio recebido.

Em 58,8 % dos casos a família indica a existência de um problema de desenvolvimento da criança. Nestes casos em que a resposta foi *sim* a questão seguinte incidiu no diagnóstico da criança, sob a forma de pergunta aberta, que foi posteriormente categorizada. Perguntadas sobre qual a natureza dos problemas do desenvolvimento, as famílias referem maioritariamente

Quadro 51 - Situação educativa

ESTABELECIMENTO	n	%
Jardim de infância público	51	50,0
Creche/jardim infância privado	35	34,3
Não frequente	16	15,7
Total	102	100

Quadro 52 - Posição na fratria

POSIÇÃO	n	%
Filho único	32	31,4
Mais velha	16	15,7
Segunda	28	27,5
Terceira	20	19,6
Quarta	3	2,9
Quinta	3	2,9
Total	102	100

Quadro 53 - Diagnóstico global de problemas de desenvolvimento

PROBLEMAS	n	%
Sim	60	58,8
Não	42	41,2
Total	102	100

Quadro 54 - Tipo de perturbação de desenvolvimento

DIAGNÓSTICO	n	%
Atraso Global Desenvolvimento	9	15,0
Risco de Atraso Grave	3	5,0
Perturbação do Espectro Autista	3	5,0
Paralisia Cerebral	4	6,7
Trissomia XXI	3	5,0
Hiperactividade e Défice Atenção	2	3,3
Perturbação da linguagem	17	28,3
Outros	13	21,7
NS/NR	6	10,0
Total	60	100

5. Avaliação do impacto da IP no desenvolvimento da criança e da família

perturbações da fala (28,3 %) e atraso global do desenvolvimento (15,0%) sendo as restantes perturbações bastantes dispersas ou descritas de forma não categorizável.

Nos casos em que os inquiridos responderam não haver perturbações do desenvolvimento (41,2%) foi pedido que indicassem a razão do apoio da Intervenção Precoce. As famílias voltam a referir também as dificuldades de linguagem e as alterações do comportamento (26,2 %) bem como a existência de uma situação de risco social ou familiar (21,4 %).

Quadro 55 - Diagnóstico sem perturbação de desenvolvimento

DIAGNÓSTICO	n	%
Alterações de comportamento	11	26,2
Dificuldades de atenção/concentração	1	2,4
Dificuldades na linguagem	11	26,2
Risco de atraso	4	9,5
Situação de risco social/familiar	9	21,4
NS/NR	6	14,3
Total	42	100

[85]

5.3.2. Caracterização da família

Quanto à caracterização da família, no que se refere às idades, os pais são, em média, mais velhos (35,72 anos), registando-se apenas um caso de idade inferior a 20 anos, enquanto 5 mães têm menos dessa idade.

Quanto à actividade profissional dos pais verifica-se haver muitos desempregados, especialmente entre as mães. Os pais são maioritariamente trabalhadores não qualificados e operários.

Mais de um terço dos pais tem apenas o 1º ciclo de escolaridade básica e 70,7 % têm habilitações iguais ou inferiores ao 6º ano. Nas mães há maior preponderância do 2º ciclo, bem como do 9º ano de escolaridade.

Quadro 56 - Idades dos pais

IDADE	pai		mãe	
	n	%	n	%
< 20 anos	1	1,0	5	4,9
20 - 29 anos	17	16,7	32	31,4
30 - 39 anos	52	51,0	52	51,0
40 - 49 anos	28	27,5	12	11,8
50 e + anos	2	2,0	0	0,0
NS/NR	2	2,0	1	1,0
Total	102	100,0	102	100
N	100		101	
Média	35,72		31,47	
Desvio padrão	7,589		6,945	
Mínimo	19		17	
Máximo	64		48	

Quadro 57 - Actividade profissional dos pais

ACTIVIDADES PROFISSIONAIS	pai		mãe	
	n	%	n	%
Membro das forças armadas	2	2,1	0	0,0
Quadros superiores da administração e de empresas	2	2,1	1	1,0
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	4	4,2	7	7,0
Técnicos e profissões intelectuais e científicas	2	2,1	2	2,0
Pessoal administrativo e similares	4	4,2	4	4,0
Pessoal dos serviços e vendedores	11	11,6	13	13,0
Agricultores e trabalhadores qualificados, agricultura e pescas	3	3,2	0	0,0
Operários, artífices e trabalhadores similares	17	17,9	2	2,0
Operários de instalações e máquinas	6	6,3	0	0,0
Trabalhadores não-qualificados	27	28,4	15	15,0
Estudantes, desempregados e similares	17	17,9	56	56,0
Total	95	100,0	100	100

[86]

Na maior parte dos casos (67,6 %) a família é composta pelo casal, casado ou em união de facto, embora em 13,7 % haja uma situação de reconstituição familiar, e em 10,8 % de famílias monoparentais.

O agregado familiar, além dos pais e filhos, ainda integra os avós em 11,8 % das situações e, por vezes, tios, sobrinhos ou outros elementos da família alargada.

Há grande variabilidade quanto ao número de elementos do agregado familiar, sendo mais típica a situação de 4 elementos (34,3 %).

O rendimento familiar é, regra geral, muitíssimo baixo: quase 40% dos agregados vivem com rendimentos abaixo dos 500 euros e perto de 90 % abaixo dos 1.500 euros mensais.

Quadro 58 - Hab. escolares dos pais

HABILITAÇÕES ESCOLARES	pai		mãe	
	n	%	n	%
Não sabe ler nem escrever	2	12,0	4	4,0
Sabe ler e escrever	7	7,1	4	4,0
Ensino primário/1.º ciclo	33	33,3	19	19,0
Ciclo preparatório	28	28,3	36	36,0
9.º ano escolaridade	10	10,1	16	16,0
11.º /12.º ano escolaridade	10	10,1	9	9,0
Curso médio	1	1,0	2	2,0
Curso superior	8	8,1	10	10,0
Total	99	100,0	100	100

Quadro 59 - Tipo de família

FAMÍLIA	n	%
Pais casados/união de facto	69	67,6
Família reconstruída (segundo casamento)	14	13,7
Família monoparental	11	10,8
Outra situação	8	7,8
Total	102	100

5. Avaliação do impacto da IP no desenvolvimento da criança e da família

Foi perguntado às famílias se a casa que habitam corresponde às suas necessidades. Numa grande maioria dos casos, a resposta foi positiva. As respostas negativas foram justificadas pela exiguidade do espaço e número de divisões insuficiente. Em muitos casos são também referidos problemas de humidade, iluminação ou saneamento básico.

Quadro 60 - Constituição do agregado familiar

FAMÍLIA	n	%
Pais	96	94,1
Filhos	97	95,1
Avós	12	11,8
Tios	7	6,9
Sobrinhos	4	3,9
Outros elementos	2	2,0

Quadro 61 - Número de elementos do agregado familiar

ELEMENTOS	n	%
2	6	5,9
3	29	28,4
4	35	34,3
5	18	17,6
6	11	10,8
7	3	2,9
Total	102	100

[87]

Quadro 62 - Rendimento familiar

RENDIMENTO MENSAL	n	%
< 385€	14	14,1
385€ - 500€	25	25,3
500€ - 1000€	33	33,3
1000€ - 1500€	17	17,2
1500€ - 2000€	5	5,1
> 2000€	5	5,1
Total	99	100

Quadro 63 - Satisfação com a habitação

SATISFAÇÃO	n	%
Sim	84	82,4
Não	18	17,6
Total	102	100
RAZÕES DO NÃO	%	
O n.º de divisões é insuficiente	72,2	
Tem problemas de humidade	44,4	
Tem pouco espaço para as crianças	38,8	
Não tem saneamento básico	16,6	
Tem pouca luz	11,1	
Outras razões	11,1	
Tem algumas/muitas escadas	0,0	

5.4. Resultados obtidos

Iremos apresentar os resultados obtidos em 5 grandes grupos: a) a caracterização do desenvolvimento da criança, b) a caracterização dos apoios, c) impacto da intervenção precoce no desenvolvimento da criança, d) impacto no desenvolvimento da família e e) avaliação global do impacto.

5.4.1. Caracterização do desenvolvimento da criança

5.4.1.1. Sinalização e diagnóstico da criança

[88]

Como foi anteriormente referido, em 60 dos 102 casos os pais dizem haver problemas de desenvolvimento da criança que justificam o apoio da rede de Intervenção Precoce. Os responsáveis de caso caracterizam as crianças de outra forma, apontando para 21,6 % como portadoras de deficiência, 42,2 % como tendo (outros) problemas de desenvolvimento e 23,5 % vivendo em situação de risco de desenvolvimento. Referenciam ainda mais 13 casos em que o acompanhamento em IP não decorre de nenhuma destas situações.

Numa explicitação mais concreta do tipo de problemática das crianças apoiadas, os responsáveis de caso identificam 22 casos de perturbações da linguagem, 19 casos de atraso global do desenvolvimento, 11 de outras deficiências (além dos casos de paralisia cerebral, trissomia 21 ou perturbações do espectro autista). Em 11 casos o motivo do acompanhamento decorre da situação de risco social/ familiar, e não há qualquer outra problemática adicionada. Há 8 casos em que não foi possível fazer uma identificação diagnóstica.

Quadro 64 - Justificação do apoio: responsável de caso

JUSTIFICAÇÃO DO APOIO	n	%
É portadora de deficiência	22	21,6
Tem problemas de desenvolvimento	43	42,2
Vive em situação de risco para o desenvolvimento	24	23,5
Outra razão	13	12,7
Total	102	100

Quadro 65 - Diagnóstico: responsável de caso

DIAGNÓSTICO	n	%
Atraso global de Desenvolvimento	19	18,6
Risco de atraso grave de desenvolvimento	8	7,8
Situação de risco social/familiar	11	10,8
Perturbações da linguagem	22	21,6
Problemas auditivos	1	1,0
Problemas visuais	2	2,0
Alterações de comportamento	9	8,8
Perturbações do espectro autista	3	2,9
Paralisia cerebral	5	4,9
Trissomia 21	3	2,9
Outra deficiência	11	10,8
Não tem diagnóstico	8	7,8
Total	102	100

5. Avaliação do impacto da IP no desenvolvimento da criança e da família

É notória a dificuldade em fazer uma clara identificação diagnóstica, aparecendo classes essencialmente sintomáticas e descritivas, que não representam necessariamente alterações do desenvolvimento, em simultâneo com definições claramente etiológicas. De referir ainda a utilização de categorias muito abrangentes “*Atraso global de desenvolvimento*”, “*Risco de atraso grave de desenvolvimento*”, “*Alterações de comportamento*”, “*Outra deficiência*” e de casos em que não há diagnóstico.

5.4.1.2. Do surgimento do problema ao início do processo de IP

Procurámos saber, junto das famílias e dos responsáveis de caso, o modo como surgiu o problema e como foi feita a deteção, o diagnóstico, o encaminhamento e o início da intervenção.

Quanto ao momento em que surgiram as primeiras preocupações com o desenvolvimento da criança, os pais, numa elevada percentagem (42,2 %) dizem não saber em que idade foi (ou simplesmente não respondem). Esta resposta é compreensível tendo em conta que, como vimos, apenas numa parte dos casos há identificação clara de uma perturbação.

Os responsáveis de caso situam o surgimento das primeiras preocupações até 1 ano de idade em 36,6 % dos casos, e, depois, em torno de 25 % para um dos períodos 1-2 anos e 3-5 e ainda 8,8 % aos 6 anos ou depois. Verificamos assim que a maior parte das dificuldades ligadas com as perturbações do desenvolvimento surge bastante cedo, em média cerca do ano e meio de idade, embora com uma forte variabilidade.

Estas primeiras preocupações começaram por ser identificadas

Quadro 66 - Surgimento da problemática

IDADE	pais	resp. c.
	%	%
< de 1 ano	27,5	36,3
1 2 anos	14,7	25,5
3 5 anos	15,7	26,5
6 e +anos	0	8,8
NS/NR	42,2	2,9
Total	100	100
Média	17,36 meses	23,36 meses
Desvio padrão	17,841 meses	20,163 meses

[89]

Quadro 67 - Identificação da problemática

QUEM IDENTIFICOU	pais	resp. c.
	%	%
Família	28,4	25,5
Educadora do Jardim Infância	9,8	25,5
Equipa de IP	1,0	2,9
Centro de Saúde	2,0	10,8
Hospital	16,7	22,5
Segurança Social	0	4,9
CPCJ	0	2,0
Outro	0	2,0
NS/NR	2,0	0
NA	40,2	0
Total	100	100

[90]

especialmente pela família (entre 28,4 % segundo estas e 25,5 segundo os responsáveis de caso). Na sua perspectiva, a seguir é o hospital que mais detecta essas dificuldades, embora na dos técnicos os educadores de Infância apareçam como principais Responsáveis pela identificação inicial do problema. Mais uma vez se chama a atenção para que as respostas da família se referem apenas aos casos de perturbação do desenvolvimento enquanto os valores dos responsáveis de caso incluem também as crianças em risco social e familiar, o que nos pode levar a pensar que a identificação destas últimas é feita essencialmente pelos educadores.

Considerando a idade da criança quando foi feito o primeiro diagnóstico, os pais apontam uma média de 23 meses e meio, embora também com grande variabilidade. Durante o primeiro ano de vida são diagnosticados 23,5% (ou 39,8 % dos casos com perturbação do desenvolvimento). Comparando com o quadro anterior podemos concluir que há aqui um desfasamento médio de cerca de 6 meses entre as primeiras preocupações e o primeiro diagnóstico. Também ao considerarmos as respostas dos responsáveis de caso verificamos uma diminuição de 3 e 4 % nas idades mais baixas e um aumento no diagnóstico nas mais avançadas. Estes situam antes do final do 1º ano 33,3 % dos casos, mais 21,6 % entre 1 e 2 anos e 32,4 % entre 3 e 5 anos. 10,8 % dos casos só são diagnosticados aos 6 anos ou posteriormente.

Quadro 68 - Idade da criança no momento do diagnóstico

	pais	resp. c.
IDADE	%	%
< de 1 ano	23,5	33,3
1 - 2 anos	10,8	21,6
3 - 5 anos	23,5	32,4
6 e > 6 anos	0	10,8
NS/NR	42,2	2,0
N	102	102
Média	23,56 meses	25,92 meses
Desvio padrão	19,744 meses	20, 715 meses

Quadro 69 - Origem do diagnóstico

	pais	resp. c.
QUEM DIAGNOSTICOU	%	%
Centro de Saúde	1,6	4,9
Hospital	54,0	34,3
Centro especializado	3,2	1,0
Segurança Social	1,6	2,0
Equipa de IP	31,7	38,2
Educação	0	3,9
CPCJ	0	3,9
Outros profissionais	1,6	2,0
NS/NR	6,3	8,8
N	63	101

5. Avaliação do impacto da IP no desenvolvimento da criança e da família

O Diagnóstico da situação problemática (ou de risco) no desenvolvimento da criança foi feito preponderantemente pela equipa de IP (38,2%) e pelo hospital (34,3 %). Considerando apenas os casos referidos pelos pais a percentagem do hospital aumenta compreensivelmente (bem como do centro especializado) em detrimento da Educação e dos organismos de protecção social.

Considerando o momento em que a criança foi encaminhada para a rede de Intervenção Precoce, a idade média situa-se nos 29,65 meses, segundo os pais. Os responsáveis de caso referem 20,6 % no 1º ano, 48,1 % antes dos 3 anos e os restantes depois dos 3 anos, incluindo 10,8 % com 6 anos ou mais.

Entre as primeiras preocupações e sinais e o encaminhamento para um programa de Intervenção passou, em média, um ano, o que é, sem dúvida, de sublinhar por excessivo.

O encaminhamento para a Intervenção Precoce foi feito maioritariamente pela educação (jardins de infância, educadores, etc.) e pelo hospital. Na descrição dos responsáveis de caso é superior o envio feito pelos centros de saúde, Segurança Social, CPCJ e centros especializados, não sendo, no entanto, diferenças significativas.

O tempo decorrido entre o encaminhamento e o primeiro contacto foi inferior a 1 mês em 70,3 % dos casos. Embora os pais em 27 % dos casos não

Quadro 70 - Momento do encaminhamento

	pais	resp. c.
IDADE	%	%
< de 1 ano	19,6	20,6
1 - 2 anos	28,4	27,5
3 - 5 anos	46,1	39,2
6 e mais anos	1,0	10,8
NS/NR	4,9	2,0
N	102	102
Média	29,65 meses	30,14 meses
Desvio padrão	19,492 meses	18,774 meses

[91]

Quadro 71 - Entidade de encaminhamento

	pais	resp. c.
QUEM ENCAMINHOU	%	%
Centro de saúde	6,9	11,8
Hospital	24,5	20,6
Educação	36,3	28,4
Segurança Social	9,8	11,8
Centro especializado	0	5,9
Família	4,9	7,8
CPCJ	0	4,9
Outra situação	10,8	6,9
NS/NR	6,9	2,0
N	102	102

Quadro 72 - Tempo entre encaminhamento e intervenção

	pais	resp. c.
TEMPO	%	%
< 1 semana	13,0	28,7
1 - 2 semanas	29,0	21,8
< 1 mês	15,0	19,8
1 - 3 meses	10,0	14,9
+ 3 meses	6,0	8,9
Não sabe	27,0	5,9
N	100	101

sabem identificar o tempo decorrido, sempre tendem a considerá-lo muito curto.

Quanto ao acolhimento de casos pela equipa de Intervenção Precoce, o primeiro contacto foi mais frequentemente feito pelo educador de infância ou pelo psicólogo, embora todos os outros técnicos intervenham em situações de recepção de novos casos.

[92]

Esse primeiro contacto foi feito no domicílio da criança em 45,1 % dos casos, na sede da equipa (26,5 %) ou na creche/jardim de infância por ela frequentado (19,6 %).

Quadro 73 - Profissional no primeiro contacto da EIP

PROFISSIONAL	n	%
Educador	22	21,6
Psicólogo	22	21,6
Técnico de serviço social	9	8,8
Terapeuta	15	14,7
Enfermeiro	1	1,0
Educador + Terapeuta	6	5,9
Educador + Psicólogo	3	2,9
Educador + TSS	11	10,8
Psicólogo + Terapeuta	1	1,0
Psicólogo + TSS	5	4,9
TSS + Terapeuta	1	1,0
Outro	2	2,0
NS/NR	4	3,9
Total	102	100

Quadro 74 - Local do primeiro contacto com a EIP: responsável de caso

LOCAL	n	%
Domicílio	46	45,1
Casa da ama	1	1,0
Creche/jardim de infância	20	19,6
Sede da equipa	27	26,5
Outro local	3	2,9
NS/NR	5	4,9
Total	102	100,0

5.4.2. Caracterização da intervenção

Consistentemente com o período de funcionamento das Equipas e da rede, o tempo médio de acompanhamento das crianças situa-se próximo dos 2 anos, sendo que 80,4 % das crianças são acompanhadas há menos de 3 anos.

O responsável de caso das crianças e famílias acompanhadas é mais frequentemente o educador, embora haja alguma discrepância entre a identificação feita pelas famílias e a realidade descrita pelas equipas, a qual aponta para a tendência das famílias atribuírem essa responsabilidade aos terapeutas que têm intervenção directa no caso.

Tal com havíamos feitos com os educadores, também agora procurámos saber onde é que decorre a intervenção, verificando que se reparte entre a Creche/Jardim de infância e o domicílio. A situação mais frequente é serem apenas na creche/jardim de infância (36% segundo as famílias e 24,5% segundo os responsáveis), mas muitas vezes repartida entre os dois, embora quase sempre no jardim de infância.

No que se refere ao tipo de apoio técnico que é prestado às crianças e famílias, verificamos que podem ter apoios regulares dos diferentes profissionais das equipas. O educador de infância é o que está mais presente, em mais de metade dos casos de apoio regular, sendo que em 50 % dos casos o seu atendimento é bissemanal. O terapeuta da fala intervém também em cerca de 50 % dos casos, o psicólogo 35 % e o técnico de serviço social 26%. As diferenças entre as respostas dos técnicos e das famílias são mais significativas no que se refere aos educadores, terapeutas da fala e fisioterapeutas, que atingem 4%, o que tanto se pode dever a dificuldades de identificação do técnico como ao diferente entendimento sobre o que é a intervenção regular, como ainda e

Quadro 76 - Responsável de caso

	pais	resp. c.
TÉCNICO	%	%
Educador de infância	30,4	36,3
Assistente social	5,4	6,9
Psicólogo	19,6	21,6
Fisioterapeuta	7,6	9,8
Terapeuta fala	20,7	18,6
Terapeuta ocupacional	6,5	3,9
Outro	2,2	2,9
Não sabe/Não lembra	7,6	0
N	92	102

Quadro 75 - Duração actual do acompanhamento

TEMPO	n	%
< de 1 ano	17	16,7
1 - 2 anos	65	63,7
3 - 5 anos	18	17,6
6 e + anos	1	1,0
NS/NR	1	1,0
Total	102	100
média	24,42 meses	
Desvio-padrão	15,066	
Mínimo	2 meses	
Máximo	81 meses	

Quadro 77 - Local onde decorre a intervenção

LOCAL	pais	resp. c.
	%	%
Sempre em casa	14,0	12,7
Sempre na creche/JI	36,0	24,5
Sempre na sede da equipa	10,0	8,8
Quase sempre em casa, algumas vezes na creche/JI	2,0	2,9
Quase sempre em casa, algumas vezes na sede da equipa	2,0	4,9
Quase sempre na creche/JI, algumas vezes em casa	14,0	20,6
Quase sempre na sede equipa, algumas vezes em casa	1,0	1,0
Alternando em casa e na creche/JI/sede da equipa	7,0	7,8
Outra situação	14,0	16,7
N	100	102

[94]

principalmente ao elevado desconhecimento dos pais quanto ao eventual envolvimento de alguns técnicos no processo.

Quadro 78 - Caracterização da intervenção

INTERVENÇÃO	N	intervenção regular		educadores							
		n	%	diário	bissemantal	semanal	quinzenal	mensal	mensal ^	ns	
Educador de infância	responsável de caso	102	60	58,8	10,0	50,0	30,0	5,0	5,0	0,0	
	pais	100	54	54,0	11,1	29,6	40,7	0,0	1,9	1,9	11,1
Terapeuta da fala	responsável de caso	102	53	52,0	0,0	13,2	77,4	3,8	3,8	1,9	
	pais	100	48	48,0	0,0	20,8	66,7	6,3	2,1	2,1	2,1
Psicólogo	responsável de caso	102	35	34,3	0,0	8,6	42,9	11,4	20,0	22,9	
	pais	100	35	35,0	0,0	2,9	57,1	8,6	11,4	11,4	11,4
Assistente social	responsável de caso	102	26	25,5	0,0	7,7	34,6	11,5	15,4	38,5	
	pais	100	26	26,0	0,0	7,7	34,6	3,8	11,5	11,5	7,7
Fisioterapeuta	responsável de caso	102	22	21,6	0,0	59,1	27,3	4,5	0,0	9,1	
	pais	100	17	17,0	0,0	41,2	58,8	0,0	0,0	0,0	0,0
Terapeuta ocupacional	responsável de caso	102	12	11,8	0,0	8,3	83,3	0,0	0,0	0,0	
	pais	100	12	12,0	0,0	33,3	58,3	0,0	0,0	0,0	16,7
Enfermeiro	responsável de caso	102	3	2,9	0,0	33,3	66,7	0,0	0,0	0,0	
	pais	100	2	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	50,0	50,0	50,0
Outro técnico	responsável de caso	102	8	7,8	12,5	25,0	25,0	25,0	0,0	12,5	
	pais	100	7	7,0	28,6	14,3	0,0	14,3	0,0	0,0	14,3

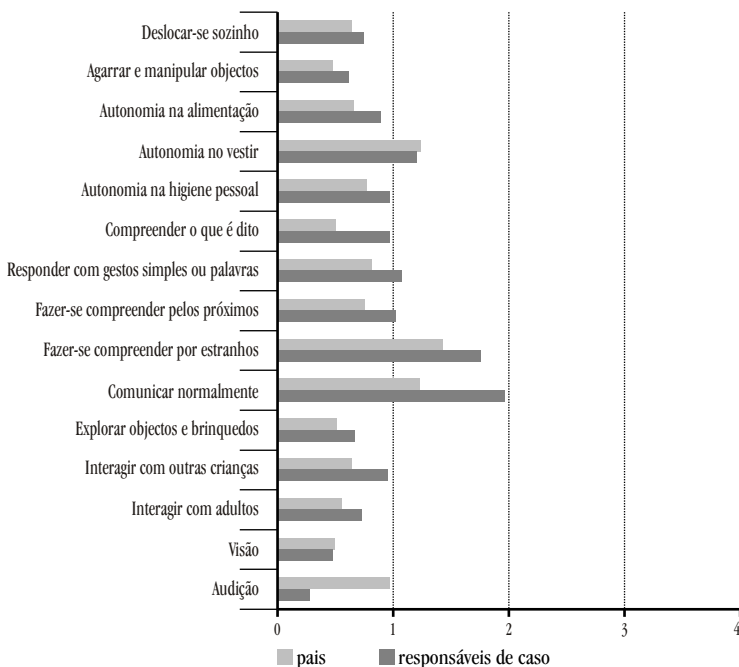
5.4.3. Impacto no desenvolvimento da criança

Interessando-nos ter uma perspectiva da avaliação que os pais e responsáveis de caso fazem das mudanças ocorridas no desenvolvimento da criança começámos por identificar as áreas em que uns e outros consideram que existem dificuldades. Esta avaliação foi feita em 5 áreas: a) Motricidade, b) Independência pessoal, c) Comunicação e linguagem, d) Interação social e) Deficit sensorial (visão e audição). Para cada uma das 4 primeiras operacionalizámos algumas dificuldades mais frequentes, de modo que os pais pudessem compreender e responder a todas as questões.

Nos **quadros 79 e 80** apresentamos a perspectiva dos pais, dos responsáveis de caso e, na **figura 10**, uma representação comparativa das duas. De um modo geral, os responsáveis de caso acentuam mais a existência de dificuldades, enquanto que os pais apresentam valores superiores apenas na *Autonomia no vestir*, *Visão* e *Audição*.

[95]

Figura 10 - Áreas de dificuldade: pais e responsáveis de caso



[96]

Quadro 79 - Áreas de dificuldade: pais				não	poucas	algumas	muitas	multíssimas		
ÁREAS DE DIFICULDADES DA CRIANÇA			N						\bar{x}	d.p.
Motricidade	Deslocar-se sozinho		101	0,64	1,285	77,2	2,0	7,9	5,0	7,0
	Agarrar e manipular objectos		101	0,48	0,986	78,2	4,0	11,9	4,0	2,0
Independência pessoal	Autonomia na alimentação		101	0,66	1,125	68,3	9,9	12,9	5,0	3,9
	Autonomia no vestir		101	1,24	1,358	47,5	9,9	19,8	16,8	5,9
	Autonomia na higiene pessoal		100	0,77	1,325	70,6	2,9	6,0	14,0	5,0
Comunicação linguagem	Compreender o que é dito		101	0,50	0,986	76,2	5,0	11,8	5,9	1,0
	Responder com gestos simples ou palavras		101	0,81	1,155	61,4	9,9	16,8	9,9	2,0
	Fazer-se compreender pelas pessoas próximas		101	0,75	1,004	58,4	14,9	19,8	6,9	0,0
	Fazer-se compreender por estranhos		101	1,43	1,322	37,6	11,9	27,7	15,8	6,9
	Comunicar normalmente, de acordo com a idade		9	1,23	1,361	47,5	10,1	21,2	14,1	7,1
Interação social	Explorar objectos e brinquedos		100	0,51	1,059	79,0	2,0	10,0	7,0	2,0
	Interagir com outras crianças		100	0,64	1,177	73,0	6,0	9,0	8,0	4,0
	Interagir com adultos		100	0,55	1,019	74,0	6,0	12,0	7,0	1,0
Visão		100	0,49	1,040	79,0	4,0	8,0	7,0	2,0	
Audição		100	0,97	1,480	85,0	6,0	4,0	4,0	1,0	

Quadro 80 - Áreas de dificuldade: responsáveis de caso				não	poucas	algumas	muitas	multíssimas		
ÁREAS DE DIFICULDADES DA CRIANÇA			N						\bar{x}	d.p.
Motricidade	Deslocar-se sozinho		102	0,74	1,193	67,6	7,8	10,8	10,8	2,9
	Agarrar e manipular objectos		102	0,61	1,091	71,6	12,9	12,9	2,9	3,9
Independência pessoal	Autonomia na alimentação		101	0,89	1,272	59,4	12,9	12,9	8,9	5,9
	Autonomia no vestir		101	1,20	1,379	49,5	8,9	22,8	9,9	8,9
	Autonomia na higiene pessoal		101	0,97	1,323	58,4	8,8	22,8	9,9	8,9
Comunicação linguagem	Compreender o que é dito		102	0,97	1,301	57,8	10,8	11,8	15,7	3,9
	Responder com gestos simples ou palavras		102	1,07	1,315	52,9	9,8	21,6	8,8	6,9
	Fazer-se compreender pelas pessoas próximas		102	1,02	1,235	50,0	16,7	20,6	6,9	5,9
	Fazer-se compreender por estranhos		102	1,75	1,410	31,4	7,8	26,5	22,5	11,8
	Comunicar normalmente, de acordo com a idade		101	1,96	1,414	24,8	9,9	26,7	21,8	16,8
Interação social	Explorar objectos e brinquedos		101	0,67	1,167	69,3	9,9	8,9	7,9	4,0
	Interagir com outras crianças		102	0,95	1,308	58,8	9,8	14,7	10,8	5,9
	Interagir com adultos		102	0,72	1,164	67,6	7,8	12,7	8,8	2,9
Visão		102	0,48	1,035	80,2	2,0	10,9	4,0	3,0	
Audição		102	0,28	0,849	88,2	2,0	4,9	2,9	2,0	

5. Avaliação do impacto da IP no desenvolvimento da criança e da família

Quadro 81 - Avaliação da ajuda da IP: pais				nada	algo	mu- lto	mu- l- t- í- s- s- i- m- o	
AJUDA RECEBIDA				%	%	%	%	
	N	\bar{x}	d.p.					
Motricidade	Deslocar-se sozinho	33	2,94	0,294	6,1	24,2	39,4	30,3
	Agarrar e manipular objectos	31	2,84	0,735	0,0	35,5	45,2	19,4
Independência pessoal	Autonomia na alimentação	38	2,66	0,847	10,5	26,3	50,0	13,2
	Autonomia no vestir	51	2,29	0,879	19,6	39,2	33,3	7,8
	Autonomia na higiene pessoal	40	2,35	0,864	15,0	45,0	30,0	10,0
Comunicação linguagem	Compreender o que é dito	49	2,88	0,781	4,1	24,5	51,0	20,4
	Responder com gestos simples ou palavras	55	2,89	0,854	7,3	20,0	49,1	23,6
	Fazer-se compreender pelas pessoas próximas	61	2,74	0,835	8,2	26,2	49,2	16,4
	Fazer-se compreender por estranhos	72	2,58	0,868	8,3	41,7	34,3	16,7
	Comunicar normalmente, de acordo com a idade	68	2,81	0,815	4,4	30,9	44,1	20,6
Interação social	Explorar objectos e brinquedos	43	2,74	0,693	4,7	25,6	60,5	9,3
	Interagir com outras crianças	43	2,65	0,870	11,6	25,6	48,8	14,0
	Interagir com adultos	43	2,53	0,960	16,3	30,2	37,2	16,3
Visão	17	2,24	1,200	41,2	11,8	29,4	17,6	
Audição	12	2,83	1,267	25,0	8,3	25,0	41,7	

[97]

Quadro 82 - Avaliação do desenvolvimento da criança: responsáveis de caso				nenhuns	alguns	mu- l- t- os	mu- l- t- í- s- s- i- m- os	
PROGRESSOS NA CRIANÇA				%	%	%	%	
	N	\bar{x}	d.p.					
Motricidade	Deslocar-se sozinho	40	2,83	0,657	0,0	32,5	52,5	15,0
	Agarrar e manipular objectos	35	2,63	0,690	2,9	40,0	48,6	8,6
Independência pessoal	Autonomia na alimentação	47	2,26	0,736	12,8	53,2	29,8	4,3
	Autonomia no vestir	49	2,08	0,607	12,2	69,4	16,3	2,0
	Autonomia na higiene pessoal	47	2,23	0,729	14,9	48,9	34,0	2,1
Comunicação linguagem	Compreender o que é dito	55	2,53	0,690	1,8	52,7	36,4	9,1
	Responder com gestos simples ou palavras	56	2,64	0,749	3,6	41,1	42,9	12,5
	Fazer-se compreender pelas pessoas próximas	60	2,53	0,676	3,3	46,7	43,3	6,7
	Fazer-se compreender por estranhos	73	2,41	0,723	5,5	56,2	30,1	8,2
	Comunicar normalmente, de acordo com a idade	80	2,49	0,693	5,0	47,5	41,3	6,3
Interação social	Explorar objectos e brinquedos	47	2,66	0,635	0,0	42,6	48,9	8,5
	Interagir com outras crianças	51	2,49	0,731	5,9	47,1	39,2	7,8
	Interagir com adultos	46	2,54	0,721	2,2	52,2	34,8	10,9
Visão	17	2,19	0,834	23,5	29,4	41,2	0,0	
Audição	11	2,67	1,073	9,1	54,5	9,1	36,4	

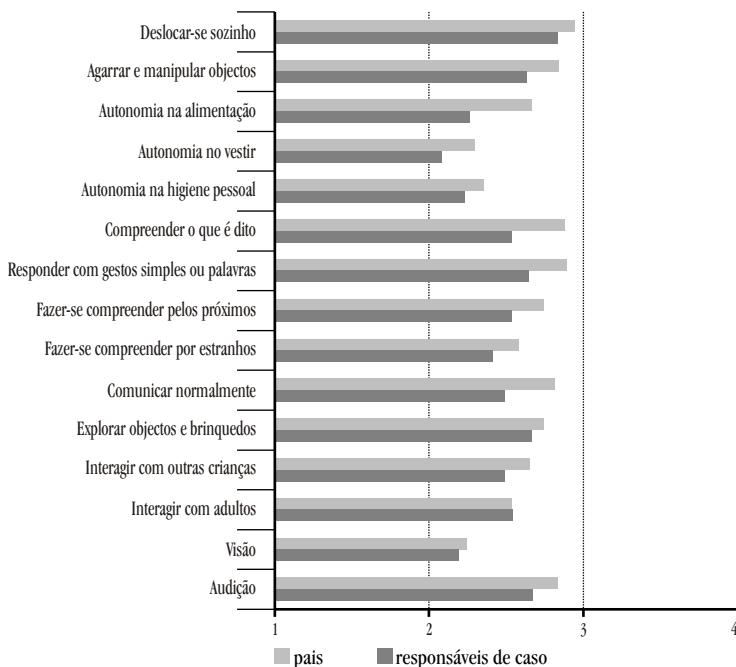
As principais dificuldades identificadas pelos pais são na *Autonomia do vestir*, *Fazer-se compreender por estranhos* e *Comunicar normalmente para a idade*. A menor incidência das dificuldades encontra-se nas dimensões visuais, motoras (*Agarrar e manipular objectos*), *Compreender o que é dito*, *Explorar objectos e brinquedos* e *Interagir com os adultos*.

Os técnicos identificam as maiores dificuldades ao nível da comunicação oral (*Comunicar normalmente de acordo com a idade*, *Fazer-se compreender por estranhos*) e *Autonomia no vestir*. A menor incidência de dificuldades está nas dimensões *Audição* e *Visão*, *Agarrar e manipular objectos*, *Explorar objectos e brinquedos* e *Deslocar-se sozinho*.

[98]

Passando agora à avaliação do impacto da intervenção nas dificuldades de desenvolvimento enunciadas, tivemos em conta apenas os casos em que haviam sido referidas dificuldades. Perguntando em que medida a Intervenção Precoce terá ajudado a enfrentar tais dificuldades, as respostas foram dadas em 4 categorias: *não ajudou nada*, *ajudou alguma coisa*, *ajudou muito*, *ajudou muitíssimo*.

Figura 11 - Impacto por áreas de desenvolvimento



5. Avaliação do impacto da IP no desenvolvimento da criança e da família

De um modo geral os pais valorizam bastante a ajuda recebida da Intervenção Precoce, em todos as áreas, mais até que os responsáveis de caso. Acentuam especialmente a ajuda ao nível motor (*Deslocar-se sozinho* e *Agarrar e manipular objectos*) em que quase 70 % referem ter sido muita ou muitíssima a ajuda recebida, e ao nível da comunicação e linguagem (*Responder com gestos ou palavras simples* e *Compreender o que é dito*) em que essa percentagem ultrapassa os 70 %. Os valores mais baixos aparecem em *Autonomia pessoal (Autonomia no vestir e Autonomia na higiene pessoal)* em que a percentagem em que a ajuda é considerada pouca ou nenhuma chega aos 60 % e na Visão, em que 41,2% das famílias não referem nenhuma ajuda.

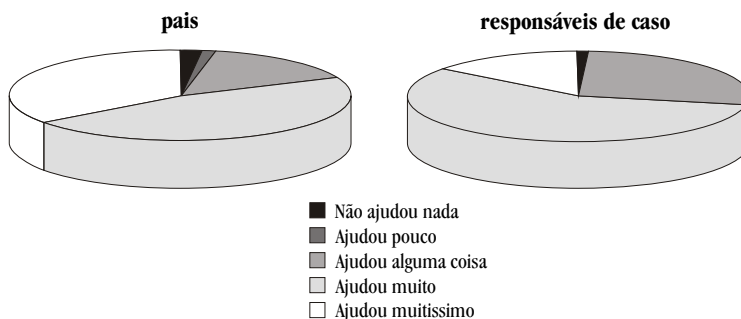
Quadro 83 - Avaliação global do impacto da IP no desenvolvimento da criança

	pais	resp. c.
AJUDA RECEBIDA	%	%
Não ajudou nada	2,0	1,0
Ajudou pouco	1,0	0,0
Ajudou alguma coisa	14,9	26,5
Ajudou muito	47,5	57,8
Ajudou muitíssimo	34,7	14,7
N	101	102
Média	4,12	3,85
Desvio padrão	0,840	0,695

[99]

Os responsáveis de caso também valorizam mais os ganhos na *Motricidade (Deslocar-se sozinho, com quase 70% de muito ou muitíssimo, e Agarrar e manipular objectos)*, bem como *Responder com gestos ou palavras simples* e *Audição* (esta com uma distribuição com dois pólos distintos em *alguns* e *muitíssimo*). Os ganhos menores são registados na Visão (52,9 % de pouca ou nenhuma ajuda), e nas três dimensões da autonomia pessoal.

Figura 12 - Avaliação global do impacto da IP: pais e responsáveis de caso



Pedimos ainda às famílias e aos responsáveis de caso que fizessem uma avaliação global dos progressos registados no desenvolvimento da criança.

Os pais avaliam de forma muito favorável esse impacto global da IP no desenvolvimento da criança, mais uma vez com valores mais positivos ainda do que os recolhidos dos responsáveis de caso. 82,2 % referem que o contributo da ajuda da IP para os progressos registados foi *muito* ou *multíssimo* e apenas 3 % referem que foi *pouco* ou *nenhum*. Os responsáveis de caso registam menos casos em que acham que com a ajuda da IP os progressos da criança foram *multíssimos*, colocando em evidência as categorias *muito* (57,8%) e *alguns* (26,5%).

[100]

5.4.4. Impacto no desenvolvimento da família

A Intervenção Precoce define-se como centrada na criança e na família (Despacho 891/99, art.º 2) ou seja, assume que a família, como contexto próximo do desenvolvimento, tem um papel preponderante na sua promoção. Impunha-se, por isso verificar o tipo e profundidade do impacto que a acção da rede de Intervenção Precoce tem sobre as próprias famílias.

Procurámos identificar essa mudança a três níveis, considerados como aqueles em que as famílias carecem mais habitualmente de apoio ou intervenção: a) ao nível da informação, b) ao nível do apoio das redes sociais e inclusão na comunidade e c) ao nível do funcionamento familiar.

5.4.4.1. Impacto na informação

Apresentámos às famílias, e aos responsáveis de caso, um conjunto de 8 itens relativos à informação, em relação aos quais a investigação sobre Intervenção Precoce mostra que esta pode conduzir a resultados: informação sobre o processo de

Quadro 84 - Impacto sobre a Informação: pais				nada	pouco	algo	muito	multíssimo
O APOIO DA IP AJUDOU A	N	\bar{x}	d.p.	%	%	%	%	%
Conhecer o modo como as crianças se desenvolvem e como aprendem	98	3,41	1,120	11,2	4,1	29,6	42,9	12,2
Perceber melhor os problemas de desenvolvimento da sua criança	98	3,43	1,121	11,2	6,1	21,4	51,0	10,2
Conhecer melhor as capacidades da criança	98	3,49	1,048	8,2	6,1	25,5	49,0	11,2
Ter mais informação sobre as terapias e apoios que existem	98	3,41	1,073	10,2	4,1	30,6	44,9	10,2
Saber quais as terapias e apoios de que a criança necessita	98	3,37	1,187	14,3	4,1	23,5	46,9	11,2
Saber onde pode encontrar os apoios necessários	97	3,18	1,283	20,6	3,1	23,7	43,3	9,3
Ter informação sobre os apoios financeiros existentes	97	2,34	1,376	45,4	7,2	20,6	20,6	5,2
Ter informações sobre os direitos como familiar de uma criança com problemas de desenvolvimento	96	2,46	1,421	43,8	4,2	20,8	25,0	6,3

5. Avaliação do impacto da IP no desenvolvimento da criança e da família

desenvolvimento e aprendizagem das crianças, sobre os seus problemas e as suas capacidades, informação sobre as terapias e apoios existentes e mais adequados, e informação sobre direitos da família.

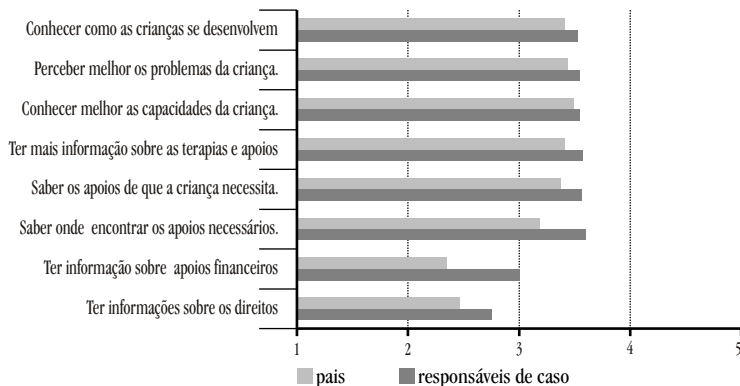
Os pais concentram a maior parte das suas respostas (em torno dos 50%) nas categorias *muito*, excepto nos dois últimos itens (*Ter informação sobre os apoios financeiros existentes* e *Ter informação sobre os direitos como familiar de uma criança com problemas de desenvolvimento*) em que se distribuíram mais uniformemente entre *muito* e *alguma coisa*. As categorias mais escolhidas foram:

Quadro 85 - Impacto sobre a Informação: responsáveis de caso

[101]

O APOIO DA IP AJUDOU A	N	\bar{x}	d.p.					
				nada	pouco	algo	muito	multíssimo
				%	%	%	%	%
Conhecer o modo como as crianças se desenvolvem e como aprendem	102	3,52	0,767	2,9	1,0	44,1	45,1	6,9
Perceber melhor os problemas de desenvolvimento da sua criança	101	3,54	0,781	3,0	3,0	36,6	51,5	5,9
Conhecer melhor as capacidades da criança	102	3,54	0,829	3,9	2,0	38,2	48,0	7,8
Ter mais informação sobre as terapias e apoios que existem	102	3,57	0,885	4,9	2,9	31,4	52,0	8,8
Saber quais as terapias e apoios de que a criança necessita	102	3,56	0,939	5,9	3,9	28,4	52,0	9,8
Saber onde pode encontrar os apoios necessários	102	3,60	0,836	2,9	4,9	30,4	52,9	8,8
Ter informação sobre os apoios financeiros existentes	100	3,00	1,333	23,0	8,0	26,0	32,0	11,0
Ter informações sobre os direitos como familiar de uma criança com problemas de desenvolvimento	100	2,75	1,184	23,0	12,0	36,0	25,0	4,0

Figura 13 - Impacto sobre a informação: pais e responsáveis de caso



Conhecer melhor as capacidades das crianças (60,2 % de muito e muitíssimo), Perceber melhor os problemas de desenvolvimento das crianças (61,2%), Conhecer o modo como as crianças se desenvolvem e como aprendem (55,1%) e Ter mais informação sobre as terapias e apoios que existem (55,1%). As categorias em que consideram que a IP ajudou menos foram: *Ter informação sobre os apoios financeiros existentes* e *Ter informação sobre os direitos como familiar de uma criança com problemas de desenvolvimento*, em que 52,6 % e 48,0%, respectivamente, consideram que a ajuda foi nenhuma ou pouca.

[102]

Quadro 86 - Resposta às necessidades de informação

?	pais		resp. c.	
	n	%	n	%
Nada	0	0,0	0	0,0
Pouco	5	4,9	0	0,0
Alguma coisa	23	22,5	25	25,3
Muito	49	48,0	63	63,6
Muitíssimo	21	20,6	11	11,1
Média	3,88		3,86	
Desvio Padrão	0,803		0,589	

Comparando as respostas dos pais com as dos responsáveis de caso, verificamos que estes valorizam mais o *Saber onde encontrar os apoios necessários*, *Ter mais informação sobre as terapias e apoios que existem* e *Saber quais as terapias e apoios de que a criança necessita*. Verificamos que, de modo geral, os responsáveis de caso tendem a valorar mais positivamente do que as famílias a ajuda da IP ao nível da informação, em todos os domínios avaliados.

Ao pedirmos uma avaliação global da forma como a informação fornecida através da IP corresponde às necessidades da família, vemos que os responsáveis de caso tendem a considerar que essa informação responde *muito* às necessidades da família (63,6%), com uma média global de 3,86 numa escala a de 1 a 5, enquanto que as famílias, embora com uma média idêntica, apresentam mais respostas *muitíssimo* (20,6%).

5. Avaliação do impacto da IP no desenvolvimento da criança e da família

5.4.4.2. Apoio da rede social e inclusão na comunidade

Outro dos aspectos que procurámos conhecer foi quais os elementos da rede social que a família considera que mais contribuíram para ajudar a resolver os problemas identificados. Nas suas respostas atribuem à equipa de Intervenção Precoce o valor mais positivo: 71,4 % consideram que ajudou *muito* ou *muitíssimo* , com um valor médio de que só o apoio da família se aproxima. Todos os outros elementos da rede social, formal ou informal, têm valores médios inferiores a 3,00, apresentando o jardim de infância a média de 2,98. Apontados como tendo contribuído menos para a resolução dos problemas da família surgem: Cruz Vermelha/ Bombeiros, grupos de pais, autarquias e associações locais de reabilitação ou educação especial. De assinalar que entre os que nada ajudaram apenas as equipas de Intervenção têm um valor de 2% e depois encontramos a família (17,2%), médicos de família (27,6%) e jardim de infância (20,9%).

Quisemos também ver em que medida a IP teve impacto na inclusão da família na comunidade. Os resultados são bastante mais baixos do que os encontrados relativamente à informação, situando-se sempre abaixo do nível médio de 2,50 na avaliação das famílias.

A maior ajuda referida pelas famílias foi no sentido de ajudar a *Encontrar pessoas que possam ajudar quando necessário, ajudar A comunidade onde vive a conhecer e integrar a criança e Ter mais facilidade em marcar consultas de especialidade* . De sublinhar, no entanto, que em todas as outras variáveis as respostas

[103]

Quadro 87 - Apoio da rede social				nada	pouco	algo	muito	muitíssimo
AJUDA NA RESOLUÇÃO DOS PROBLEMAS	N	\bar{x}	d.p.	%	%	%	%	%
Família	99	3,40	1,399	17,2	7,1	20,2	29,3	26,3
Amigos	98	2,69	1,424	34,7	7,1	20,6	27,6	9,2
Vizinhos	98	2,21	1,246	44,9	9,2	28,6	14,3	3,1
Médico de família/enfermeiro centro de saúde	98	2,71	1,300	27,6	12,2	28,6	24,5	7,1
Médicos hospital/médicos privados	98	2,81	1,397	30,6	6,1	25,5	27,6	10,2
Junta de freguesia/câmara municipal	97	1,60	1,115	74,2	4,1	12,4	6,2	3,1
Grupos de pais/pais de outras crianças	97	1,57	0,989	72,2	6,2	14,4	7,2	0,0
Associação de reabilitação ou educação especial	96	1,58	1,220	79,2	2,1	5,2	8,3	5,2
Creche/jardim de infância	97	2,98	1,472	29,9	3,1	21,6	29,9	15,5
Bombeiros/Cruz Vermelha	97	1,53	1,081	77,3	6,2	5,2	9,3	2,1
Equipa de Intervenção Precoce	98	3,94	0,940	2,0	4,1	22,4	40,8	30,6

Quadro 88 - Ajuda da IP para inclusão na comunidade: pais				nada	pouco	algo	muito	multíssimo
DE QUE MODO A IP AJUDOU	N	\bar{x}	d.p.	%	%	%	%	%
Conhecer e relacionar-se com vizinhos e pessoas próximas	98	1,73	1,089	64,3	8,2	18,4	8,2	1,0
Participar em actividades organizadas na comunidade	98	1,61	1,022	70,4	6,1	15,3	8,2	0,0
Encontrar pessoas que possam ajudar quando necessário	98	2,44	1,324	41,8	2,0	29,6	23,5	3,1
Relacionar-se com membros da família alargada	98	1,64	1,105	71,4	5,1	12,2	10,2	1,0
Sentir-se mais integrado na comunidade onde vive	98	1,95	1,271	57,1	11,2	16,3	10,2	4,1
A comunidade onde vive a conhecer e integrar a criança	97	2,29	1,330	45,4	7,2	25,8	16,5	4,1
Conhecer outras famílias com crianças com problemas de desenvolvimento	98	1,69	1,090	68,4	5,1	17,3	8,2	1,0
Ter mais facilidade no acesso a consultas e tratamentos no centro de saúde	97	2,18	1,407	53,6	6,2	15,5	18,6	6,2
Ter mais facilidade em marcar consultas de especialidade	98	2,29	1,492	52,0	6,1	12,2	20,4	9,2
Ter mais facilidade em fazer exames/tratamentos de que a criança necessita	98	2,00	1,462	61,2	3,1	9,2	19,4	7,1
Ter ajudas técnicas necessárias	98	1,45	1,066	83,7	1,0	4,1	9,2	2,0
Ter entrada na creche/jardim de infância	98	1,93	1,459	69,4	1,0	4,1	18,4	7,1
Fazer menos deslocações para ter os cuidados necessários	98	2,20	1,399	53,1	3,1	20,4	17,3	5,9
Ter mais facilidade no acesso a outros serviços	98	1,86	1,201	62,2	5,1	19,4	11,2	2,0
Encontrar resposta para problemas na comunidade	98	2,21	1,326	49,0	5,1	26,5	14,3	5,1

Quadro 89 - Ajuda da IP para inclusão na comunidade: responsáveis de caso				nada	pouco	algo	muito	multíssimo
DE QUE MODO A IP AJUDOU	N	\bar{x}	d.p.	%	%	%	%	%
Conhecer e relacionar-se com vizinhos e pessoas próximas	100	2,11	1,063	38,0	25,0	26,0	10,0	1,0
Participar em actividades organizadas na comunidade	101	2,21	1,080	32,7	27,7	28,7	7,8	2,9
Encontrar pessoas que possam ajudar quando necessário	101	3,00	0,980	10,9	10,9	49,5	24,8	4,0
Relacionar-se com membros da família alargada	100	2,07	1,057	38,0	29,0	23,0	8,0	2,0
Sentir-se mais integrado na comunidade onde vive	101	2,62	1,094	21,8	16,8	41,6	16,8	3,0
A comunidade onde vive a conhecer e integrar a criança	101	2,76	1,184	20,8	15,8	35,6	21,8	5,9
Conhecer outras famílias com crianças com problemas de desenvolvimento	100	2,06	1,171	48,0	14,0	23,0	14,0	1,0
Ter mais facilidade no acesso a consultas e tratamentos no centro de saúde	101	2,83	1,327	24,8	14,9	20,8	31,7	7,9
Ter mais facilidade em marcar consultas de especialidade	101	3,08	1,301	19,8	9,9	23,8	35,6	10,9
Ter mais facilidade em fazer exames/tratamentos de que a criança necessita	102	2,85	1,316	25,5	9,8	26,5	30,4	7,8
Ter ajudas técnicas necessárias	98	1,84	1,290	65,3	9,2	5,1	17,3	3,1
Ter entrada na creche/jardim de infância	101	2,49	1,534	46,5	4,0	15,8	21,8	11,9
Fazer menos deslocações para ter os cuidados necessários	102	2,88	1,444	29,4	8,8	18,6	30,4	12,7
Ter mais facilidade no acesso a outros serviços	102	2,89	1,281	23,5	9,8	27,5	32,4	6,9
Encontrar resposta para problemas na comunidade	102	3,01	1,156	16,7	9,8	35,3	32,4	5,9

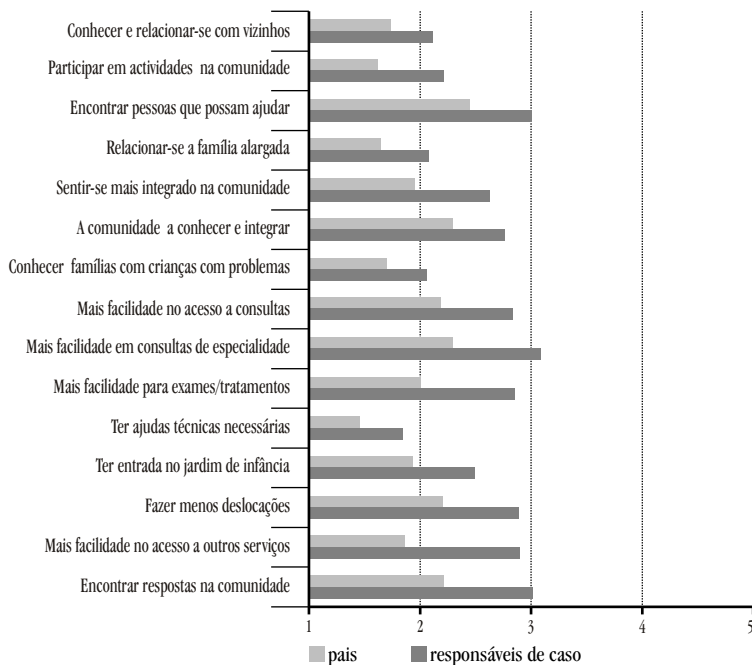
5. Avaliação do impacto da IP no desenvolvimento da criança e da família

não ajudou nada ultrapassam os 50%, com excepção da *Encontrar resposta para os problemas na comunidade*.

Os responsáveis de caso voltam a ter uma avaliação mais sobrevalorizada em relação à das famílias no que se refere ao modo como a Intervenção Precoce apoia a inclusão da família na comunidade. Encontramos valores médios superiores a 3,00 em *Ter mais facilidade em marcar consultas de especialidade*, *Encontrar resposta para problemas na comunidade*, *Encontrar pessoas que possam ajudar quando necessário*. As dimensões em que consideram a ajuda preponderantemente nula são: *Ter ajudas técnicas*, *Conhecer outras famílias com crianças com problemas de desenvolvimento*, *Ter entrada na creche/JI*, *Conhecer e relacionar-se com vizinhos e pessoas próximas*, *Relacionar-se com membros da família alargada*, *Participar em actividades organizadas na comunidade*.

[105]

Figura 14 - Ajuda da IP para inclusão na comunidade: pais e resp. de caso



5.4.4.3. Funcionamento familiar

Procuramos ainda ver a forma como pais e técnicos avaliam a ajuda prestada pela IP ao nível das variáveis relativas ao funcionamento familiar. Mais uma vez, a avaliação dos técnicos tende a ser mais favorável do que a das famílias.

As respostas dos pais apresentam os seus valores mais elevados em dois grandes grupos. O primeiro mais centrado na criança: *Ter novas ideias para a educação e desenvolvimento da criança* (3,54) e *Compreender o comportamento da criança* (3,42). O segundo centrado no bem estar emocional, segurança e confiança: *Ter alguém com quem discutir as questões e dúvidas que surgem* (3,33), *Ter mais confiança no futuro da criança*, (3,31) *Sentir-se mais seguro a lidar com a criança* (3,28). As áreas em que a ajuda recebida terá sido nula são: *Dar atenção necessária aos outros membros da família* (54,1%), *Ter mais momentos de lazer ou tempo livre* (53,1%), *Lidar com papéis e burocracia* (46,9%) e *Falar com as outras pessoas sobre as dificuldades da criança* (40,2%).

[106]

Quadro 90 - Ajuda da IP para o funcionamento familiar: pais				nada	pouco	algo	muito	muitíssimo
DE QUE MODO A IP AJUDOU	N	\bar{x}	d.p.	%	%	%	%	%
Ter novas ideias para a educação e desenvolvimento da criança	98	3,54	1,194	11,2	5,1	21,4	42,9	19,4
Incluir a criança nas rotinas diárias da família	98	2,81	1,455	33,7	5,1	18,4	32,7	10,2
Ter mais momentos agradáveis com a criança	98	2,71	1,421	35,7	3,1	23,5	29,6	8,2
Compreender o comportamento da criança	98	3,42	1,268	15,3	2,9	24,5	38,8	18,4
Os outros membros da família a saber como interagir com a criança	98	2,77	1,456	34,7	4,1	22,4	27,6	11,2
Dar atenção necessária aos outros membros da família	98	2,17	1,400	54,1	4,1	18,4	17,3	6,1
Sentir-se mais seguro a lidar com a criança	98	3,28	1,338	19,4	4,1	22,4	37,8	16,3
Ter mais confiança no futuro da criança	98	3,31	1,255	15,3	5,1	29,6	33,7	16,3
Ter mais confiança no futuro da família	98	2,81	1,375	29,6	7,1	25,5	28,6	9,2
Falar com as outras pessoas sobre as dificuldades da criança	97	2,45	1,339	40,2	6,2	25,8	23,7	4,1
Saber como lidar com as emoções	98	2,89	1,428	28,6	7,1	25,5	24,5	14,3
Melhorar a qualidade de vida da família	95	2,67	1,364	33,7	4,2	31,6	22,1	8,4
Ter alguém com quem discutir as questões e dúvidas que surgem	98	3,33	1,199	14,3	5,1	26,5	41,8	12,2
Encontrar respostas a necessidades básicas da criança e da família	98	2,87	1,344	27,6	5,1	29,6	28,6	9,2
Relacionar-se e trabalhar com os vários profissionais	97	2,60	1,412	36,1	7,2	28,9	16,5	11,3
Saber defender os interesses da criança	98	3,10	1,461	26,5	3,1	22,4	29,6	18,4
Lidar com papéis e burocracia	98	2,34	1,421	46,9	6,1	21,4	17,3	8,2
Ter mais momentos de lazer ou tempo livre	98	2,19	1,375	53,1	2,0	22,4	17,3	5,1

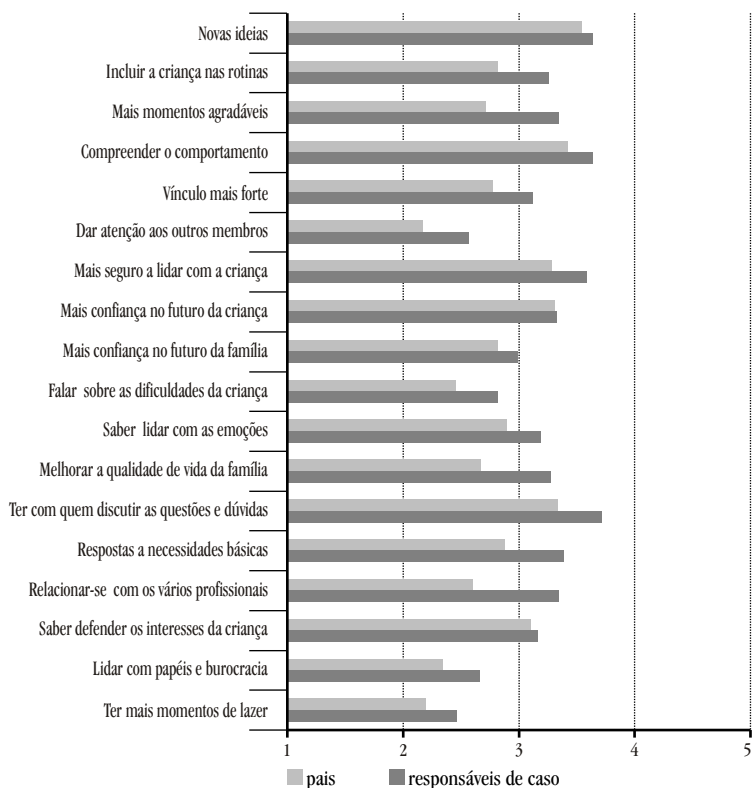
5. Avaliação do impacto da IP no desenvolvimento da criança e da família

As respostas dos responsáveis de caso mostram uma clara valorização da ajuda em todas as dimensões do funcionamento familiar analisadas. Consideram que a Intervenção Precoce ajudou especialmente a: *Ter alguém com quem discutir as questões e dúvidas que surgem* (valor médio de 3,71), *Ter novas ideias para a educação e desenvolvimento da criança* (3,64), *Compreender o comportamento da criança* (3,63) e a *Sentir-se mais seguro a lidar com a criança* (3,58). O apoio da IP foi mais frequentemente nulo ou pouco no que se refere a: *Ter mais momentos de lazer ou tempo livre* (49,0%), *Dar atenção necessária aos outros membros da família* (40,8%), *Lidar com papéis e burocracia* (43,6%).

[107]

Quadro 91 - Ajuda da IP para o funcionamento familiar: responsáveis de caso				nada	pouco	algo	muito	muitíssimo
DE QUE MODO A IP AJUDOU	N	̄	d.p.	%	%	%	%	%
Ter novas ideias para a educação e desenvolvimento da criança	102	3,64	0,806	2,9	2,9	30,4	54,9	8,8
Incluir a criança nas rotinas diárias da família	102	3,25	0,941	6,9	9,8	38,2	41,2	3,9
Ter mais momentos agradáveis com a criança	101	3,34	0,875	5,9	5,0	42,6	42,6	4,0
Compreender o comportamento da criança	102	3,63	0,716	1,0	2,9	36,3	52,0	7,8
Estabelecer um vínculo mais forte com a criança	100	3,12	1,183	15,0	11,0	29,0	37,0	8,0
Dar atenção necessária aos outros membros da família	98	2,56	1,236	30,6	10,2	36,7	17,3	5,1
Sentir-se mais seguro a lidar com a criança	102	3,58	0,763	2,9	2,9	32,4	56,9	4,9
Ter mais confiança no futuro da criança	102	3,32	0,977	8,8	5,9	33,3	48,0	3,9
Ter mais confiança no futuro da família	102	2,99	1,058	14,7	10,8	36,3	37,3	1,0
Falar com as outras pessoas sobre as dificuldades da criança	102	2,81	1,078	17,6	13,7	40,2	26,5	2,0
Saber como lidar com as emoções	101	3,19	0,997	8,9	9,9	39,6	36,6	5,0
Melhorar a qualidade de vida da família	102	3,27	1,006	8,8	7,8	36,3	41,2	5,9
Ter alguém com quem discutir as questões e dúvidas que surgem	102	3,71	0,885	4,9	2,0	22,5	58,8	11,8
Encontrar respostas a necessidades básicas da criança e da família	102	3,38	0,934	6,9	6,9	31,4	51,0	3,9
Relacionar-se e trabalhar com os vários profissionais	101	3,34	0,941	8,9	2,0	39,6	45,5	4,0
Saber defender os interesses da criança	100	3,16	1,051	11,0	11,0	33,0	41,0	4,0
Lidar com papéis e burocracia	101	2,66	1,194	21,8	21,8	30,7	19,8	5,9
Ter mais momentos de lazer ou tempo livre	100	2,46	1,077	24,0	25,0	34,0	15,0	2,0

Figura 15 - Impacto da IP no funcionamento familiar



[108]

5.4.5. Avaliação global do Impacto

Quando passamos da avaliação da ajuda da IP nas suas diferentes dimensões para uma avaliação global, perguntando como é que acham que o apoio da equipa de IP tem ajudado a família a lidar com a criança com problemas de desenvolvimento, verificamos que esta apreciação é sempre mais favorável do que a que encontramos nas diferentes dimensões anteriormente descritas.

A resposta média das famílias ultrapassa o valor 4,00 (*ajudou muito*) com 36,1% a considerar que o apoio da IP ajudou *muitíssimo* e 41,2% *muito* (total de 77,3%).

5. Avaliação do impacto da IP no desenvolvimento da criança e da família

A avaliação dos responsáveis de caso fica um pouco aquém, em todo o caso 73,5 % consideram que a IP ajudou a família a lidar com os problemas de desenvolvimento ou com as suas dificuldades *muito ou muitíssimo*.

Quadro 92 - Avaliação global da ajuda da IP

	pais	resp. c.
AJUDA	%	%
Não ajudou nada	2,1	0,0
Ajudou pouco	0	0,0
Ajudou alguma coisa	20,6	26,5
Ajudou muito	41,2	65,7
Ajudou muitíssimo	36,1	7,8
N	97	102
Média	4,09	3,81
Desvio padrão	0,867	0,558

[109]

5.5 Discussão dos resultados

Na amostra de crianças acompanhadas pelas equipas de Intervenção precoce encontramos uma grande discrepância entre as respostas das famílias, dos responsáveis de caso e também dos educadores (estudados no capítulo anterior) no que se refere aos motivos que levam à intervenção. Os pais consideram que em 41,2% não há qualquer problema de desenvolvimento, embora possa haver dificuldades pontuais da fala ou do comportamento; já os responsáveis de caso apontam apenas para 23,5% de crianças que são acompanhadas por se encontrarem em risco social ou familiar (embora mesmo nalguns destes casos acabem por fazer o diagnóstico de algum tipo de dificuldades, restando 10,8% que não as apresentam). Relembramos que os educadores de apoio, no estudo anterior, assinalavam 36,79% de crianças em risco apenas por causas sociais ou familiares. Esta diferença entre os indicadores obtidos apontam em dois sentidos: o elevado número de casos de risco social encaminhados para a IP e dificuldades notórias ao nível dos critérios de elegibilidade e de diagnóstico ou caracterização das situações, parecendo não haver critérios comuns e uniformes.

As famílias apoiadas têm, maioritariamente, um baixo nível sócio-profissional, índices de escolaridade abaixo da obrigatoriedade e rendimento económico que as coloca em condições de pobreza, com metade das famílias abaixo de um limiar de 500 euros mensais. Estas condições desafiam certamente a natureza do trabalho das equipas, sabendo-se da investigação como as condições de pobreza interferem nos programas de intervenção sobre o desenvolvimento das crianças, e como a resolução desse tipo de dificuldades tem de mobilizar diferentes entidades e estruturas que podem ou não estar articuladas com a rede de IP.

As dificuldades das crianças surgem, em média, por volta do ano e meio, sendo

que em 36,3% se manifestaram durante o primeiro ano de vida. Esses primeiros sinais de que alguma coisa pode não estar bem no desenvolvimento da criança são detectados principalmente pela família, embora os hospitais e, nos casos de risco social ou familiar, os Jardins de Infância também tenham um papel preponderante nessa detecção. As respostas dos responsáveis de caso, dado o elevado número de crianças sem patologias do desenvolvimento, tendem a identificar os problemas bem mais tarde, elevando a média para próximo dos 2 anos.

[110]

Já o primeiro diagnóstico das dificuldades efectivamente existentes foi feito, em média, perto dos dois anos (23, 56 meses), com mais de metade antes dos 3 anos. Isto significa haver um desfasamento médio de 6 meses entre a detecção das primeiras dificuldades e o diagnóstico da situação. O papel dos hospitais é preponderante na realização deste diagnóstico da situação, sendo-lhe atribuída essa função em 54 % das respostas dos pais (em que é identificada uma dificuldade de desenvolvimento) e 34,3% de todos os casos reportados pelos responsáveis de caso. Considerando as crianças com deficiência ou perturbação do desenvolvimento, os hospitais estiveram implicados no diagnóstico em 63,8 % dos casos, o que continua a ser um valor certamente abaixo daquilo que seria desejável ou de esperar. O papel dos centro de saúde é também muito pequeno, aparecendo percentagens muito baixas de casos em que foram responsáveis pelo diagnóstico da situação. Na caracterizações de situações problemáticas de elevado risco social, aumenta a participação das equipas de IP, estabelecimentos educativos e CPCJ.

Do diagnóstico da situação até ao encaminhamento da criança para uma equipa de Intervenção passam em média mais 6 meses, sendo a idade média dos encaminhamentos para intervenção de 29,65 meses (ou seja, quase dois anos e meio) com 50% do total de encaminhamentos a fazer-se depois dos 3 anos, havendo até 10% de crianças com mais de 6 anos.

Daqui podemos concluir que entre a detecção dos primeiros sinais de preocupação e o efectivo encaminhamento para intervenção decorre um período de cerca de 1 ano, aproximando o início desta dos 3 anos de idade, que devia ser o limite aceitável para a intervenção ter o efeito benéfico e esperado da sua natureza precoce ou em tempo.

Entre o encaminhamento para a equipa e o primeiro contacto com a família o tempo é geralmente curto, sendo inferior a um mês em 70% dos casos, o que nos dá uma ideia da eficácia das equipas no acolhimento dos casos que lhes são encaminhados. Este primeiro contacto é muito frequentemente feito no domicílio da família (45,1%) e em apenas 24,5 % é feito no jardim de infância.

Quanto ao local onde é feita a intervenção, encontramos agora resultados bem diferentes daqueles que foram apurados junto dos educadores de apoio. Estes diziam,

5. Avaliação do impacto da IP no desenvolvimento da criança e da família

como vimos anteriormente, que só em 9,5% dos casos esse acompanhamento era feito no estabelecimento educativo. Nos casos agora estudados, verificamos que esse valor sobe para 36 % , segundo os pais (ou 24,5 segundo os responsáveis de caso). Esta diferença é muito significativa e pode apontar-nos para uma generalização das respostas dos educadores de acordo com o modelo teórico desejável, ou de conformidade com o ideal. Não deixando, no entanto, de sugerir uma mudança na natureza da aproximação à família nos seus contextos de vida.

O acompanhamento em mais de 50% dos casos é feito pelo educador e, na mesma percentagem, pelo terapeuta da fala. Este último valor parece bastante elevado face às problemáticas de desenvolvimento descritas já que apenas 28,3 % nas perturbações de desenvolvimento, segundo os pais, e 21,6 % do total, segundo os responsáveis de caso, apresentam dificuldades ao nível da linguagem. Estes dados, por outro lado, podem apontar para dificuldades desenvolvimentais ao nível da comunicação.

Na descrição das dificuldades há, de facto, um acentuar das dificuldades ao nível da comunicação: *Comunicar normalmente de acordo com a idade* (em que apenas 24,8 % segundo os responsáveis de caso e 47,5% segundo os pais não possuem qualquer dificuldade a este nível) e *Fazer-se compreender por estranhos* (em que igualmente 31,4% e 37,6%, segundo responsáveis de caso e pais, respectivamente, dizem não haver dificuldades). De um modo geral os responsáveis de caso acentuam mais do que as famílias as dificuldades existentes. No caso dos pais, além das dificuldades ao nível da comunicação é também valorizada a *Autonomia no vestir* (valor médio 1,24).

No que se refere à avaliação do impacto da IP no desenvolvimento da criança, a posição dos pais é muito favorável, somando 82,2% os que consideram que esse apoio foi *muito* ou *muitíssimo* importante e somente 3% dizem que ajudou *pouco* ou *nada*. Esta avaliação é bem mais favorável à importância da ajuda prestada pela equipa do que a feita pelos responsáveis de caso, que só em 72,5 % dos casos consideram a ajuda *muito* ou *muitíssimo* importante. Os pais acentuam a importância do apoio da IP em todas as áreas do desenvolvimento, com especial relevo para a da motricidade (cerca de 70% de *muito* e *muitíssimo* em *Deslocar-se sozinho* e *Agarrar e manipular objectos*) e da linguagem (em que esses valores ultrapassam os 70%). Como áreas de menor impacto do apoio são referidas a *Visão*, *Autonomia no vestir* e *Autonomia na alimentação* (53%, 40% e 40% de respostas *nada* ou *pouco*). Já os responsáveis de caso acentuam os contributos na área da *Motricidade* (o *Deslocar-se sozinho*) e na da *Comunicação* (o *Responder com gestos e palavras simples* com 67,5 %, 55,9 % de respostas *muito* e *muitíssimo*) e ainda a *Audição* (com um valor máximo de *muitíssimo*, 36,4%, mas a moda em *alguns*). Podemos assim entender que o impacto no desenvolvimento da criança é globalmente bastante elevado, correspondendo quase

sempre a níveis acima do ponto médio e sendo mais valorizado pelas próprias famílias.

Considerando agora o desenvolvimento da família, esta considera que a IP foi especialmente útil no apoio que deu ao nível da informação e de modo especial a informação acerca da criança e do seu desenvolvimento. O principal impacto na informação é assinalado nas variáveis *Perceber melhor problemas de desenvolvimento da criança*, *Conhecer melhor as capacidades da criança*, *Conhecer o modo como a crianças se desenvolvem e aprendem*, *Ter mais informação sobre as terapias e apoios que existem* e *Saber quais as terapias e apoios de que a criança necessita* (com respostas de *muito* e *muitíssimo* de 61,2%, 60,2%, 55,1%, e 55,1% e 58,1%). Essa informação foi mais fraca em *Ter informações sobre os apoios financeiros existentes* e *Ter informação sobre os direitos com familiar de uma criança com problemas de desenvolvimento* (52,6% e 48 % de respostas *nada* ou *pouco*). Nesta avaliação do impacto na *Informação* as respostas dos responsáveis de caso apresentam valores superiores às dos pais em todas as variáveis. Valorizam mais a informação mais pragmática relacionada com o fornecimento de informação sobre as terapias e apoios.

[112]

Comparando o apoio da rede de Intervenção Precoce com o apoio fornecido por outras entidades e elementos da rede social das famílias, podemos verificar que os pais, em 71,4% dos casos dizem que a IP ajudou *muito* ou *muitíssimo* (valor médio de 3,94 numa escala de 1 a 5), enquanto que quanto ao apoio da família só 55,6 % das respostas são desse tipo, 31,6 % dos médicos de família e 45,4 % dos jardins de infância/creches. No que respeita à inclusão na comunidade, os valores das respostas dos pais acerca do modo como a IP os ajudou são genericamente baixos, sendo as respostas *Nada* sempre superiores a 40 %. O que mostra que esta pode ser uma dimensão ainda a necessitar de ser trabalhada pelas equipas. Os responsáveis de caso têm uma opinião mais favorável do que as famílias a este respeito. As variáveis que apresentam valores mais elevados são: *Ter mais facilidade em marcar consultas de especialidade*, *Encontrar pessoas que possam ajudar quando é necessário*. *A comunidade a conhecer e integrar a criança* e *Encontrar respostas para os problemas/necessidades nos serviços da comunidade*.

Uma última dimensão referente ao impacto na família tem a ver com a forma como a IP ajudou no funcionamento da própria família. As respostas mais significativas dos pais agrupam-se em dois blocos: um que se centra na criança e outro nos seus aspectos emocionais. No primeiro sobressaem as variáveis *Ter novas ideias para a educação e desenvolvimento da criança* e *Compreender o comportamento da criança*. No segundo incluem-se como mais relevantes as variáveis: *Ter alguém com quem discutir as questões e dúvidas que surgem*, *Ter confiança no futuro da criança*, e *Sentir-se seguro a lidar com a criança*. A ajuda foi menor ao nível de: *Dar a*

5. Avaliação do impacto da IP no desenvolvimento da criança e da família

atenção necessária aos outros membros da família, Ter mais momentos de lazer e tempo livre, Lidar com papéis e burocracia, e Falar com outras pessoas sobre as dificuldades da criança.

A avaliação global da ajuda que a IP trouxe para que a família lide adequadamente com as dificuldades da criança ou dela mesma é bastante positiva, sendo a avaliação dos pais ainda mais favorável do que as dos responsáveis de caso. Enquanto estes consideram que o apoio ajudou *muito* ou *muíttssimo* em 73,5% dos casos, aqueles atingem os 77,3%, o que é um indicador muito favorável tanto da boa aceitação da intervenção como da forma como os pais sentem que ela tem sido eficaz na situação que vivem.

Conclusões

Conclusões

A recolha de informação sobre o funcionamento da rede de Intervenção Precoce na região do Alentejo e os dados obtidos a partir dela, permitem-nos conhecer melhor o seu impacto sobre todos os seus principais actores e agentes. Podemos destacar alguns aspectos que caracterizam os resultados da primeira rede que, em Portugal, foi possível pôr em funcionamento de um modo tão alargado e territorialmente abrangente.

Ao nível do sistema de saúde, o impacto da rede de Intervenção Precoce nos três distritos parece estar a ser significativamente importante, sendo de salientar os seguintes aspectos:

[117]

1. Tanto os médicos como os enfermeiros que trabalham nos centros de saúde estão bem informados acerca da Intervenção Precoce: sabem que existe uma equipa de IP no seu concelho, e sabem onde e como comunicar com ela.
2. Cerca de 75 % dos médicos já sinalizaram casos (numa média superior a 3 casos) e referem ter mais casos para enviar, o que parecem ser óptimos indicadores de que os médicos e os Centros de saúde são elementos fundamentais da rede ao nível da detecção, sinalização e encaminhamento. Os Enfermeiros também estão envolvidos na prática de sinalização, de forma articulada e conjunta com o médico e, na sua quase totalidade, já fizeram encaminhamento de casos.
3. A IP tem gerado um forte impacto de mudança na prática dos médicos, a três níveis: no apoio à família, na maior facilidade de detecção e diagnóstico, e na proximidade dos apoios e articulação entre serviços. Na prática dos enfermeiros, para além destas dimensões há ainda uma valorização especial da abertura ao trabalho com outros profissionais.
4. Na prática dos enfermeiros verifica-se uma mudança significativa ao nível do trabalho com as famílias, com maior atenção aos seus problemas e um aumento do apoio prestado no domicílio.
5. Embora os médicos regra geral não façam parte das equipas de Intervenção nem das equipas concelhias ou de parceiros, é especialmente importante a existência de um elemento de ligação entre o centro de saúde e as equipas no encaminhamento dos casos.
6. Há diferenças importantes entre os 3 distritos alentejanos, sendo o de Évora aquele que, em grande parte das variáveis, apresenta resultados mais baixos, tanto ao nível da informação, como da mudança e da prática.

7. Em quase metade dos casos os técnicos dos centros de saúde não recebem informação regular sobre as actividades das equipas, ou a ficha de identificação da criança, pelo que há que melhorar a forma como a equipa mantém e consolida a sua ligação permanente ao centro de saúde.
8. Ter contacto com equipa, conhecer a ficha de sinalização dos casos e saber como utilizá-la parecem ser os indicadores mais importantes de um impacto significativo ao nível da informação, mudanças e práticas, tanto de médicos como de enfermeiros.

[118] Avaliando o impacto da rede de Intervenção Precoce ao nível do sistema educativo, os dados obtidos a partir dos educadores de apoio e dos educadores titulares das salas de jardim de infância ou creche, permitem-nos concluir que:

1. As crianças com necessidades educativas têm, de forma generalizada, apoio de uma equipa de IP, parecendo haver uma eficaz cobertura da rede.
2. Os educadores de apoio que integram as equipas de IP são profissionais experientes, com bastante tempo de serviço, possuindo cerca de metade deles um curso de especialização e tendo todos algum tipo de formação em IP.
3. Já os educadores titulares, na sua grande maioria, não tem qualquer formação em IP, sendo esta certamente uma área de desenvolvimento da própria rede.
4. Os educadores de apoio acompanham uma média de nove crianças cada, as quais se situam mais frequentemente na faixa etária dos 3 a 5 anos. Parece haver ainda uma boa margem de progressão no que se refere a um início de intervenção cada vez mais precoce, com aumento do número relativo de crianças com menos de 3 anos.
5. As crianças apoiadas pelos educadores chegam à IP principalmente devido a estarem em situação de risco por causas sociais ou familiares (36,79%). Os casos de deficiência, assim como os de atraso grave do desenvolvimento são significativamente menos. Olhando, no entanto, as respostas dos educadores titulares, verificamos que há uma dificuldade notória em agrupar os tipos de dificuldades apresentados pelas crianças, sendo feito um agrupamento diagnóstico essencialmente sindrômico com forte incidência na perturbações da linguagem (24,1%) e no atraso global do desenvolvimento (25,9%).
6. Esta dificuldade de clarificação diagnóstica e a mistura dos níveis funcional, sindrômico e etiológico levam a que por exemplo no caso das perturbações da linguagem, embora sejam identificados apenas 24,1% de casos, são 61,9% aqueles em que há respostas de terapia da fala. Desta discrepância (e de outras

similares) decorrem três necessidades fundamentais: a) encontrar uma forma coerente e homogênea de fazer os diagnósticos ou caracterização das situações, b) ultrapassar caracterizações genéricas e indiferenciadas que não são esclarecedoras sobre as necessidades de intervenção (como Atraso global de desenvolvimento) e c) diferenciar entre aspectos desenvolvimentais, por exemplo da linguagem, a trabalhar na actividade educativa e as situações patológicas com necessidade de terapias especializadas.

7. Outro problema que os dados nos apontam é o da transição para outras estruturas. Nomeadamente para a escola básica, parecendo haver muitas crianças, possivelmente as portadoras de deficiência, que mantêm o apoio da IP para além dos 6 anos. Coloca-se também o problema do acompanhamento por outras entidades que têm igualmente responsabilidades na protecção da criança ou no apoio social à família.
8. Os educadores de apoio consideram ter um muito bom nível de informação sobre a IP, tanto nos seus fundamentos teóricos, como no funcionamento prático, e ter aumentado o seu conhecimento sobre as problemáticas do desenvolvimento.
9. As suas práticas reflectem as mudanças que eles próprios dizem dever-se ao facto de trabalharem no âmbito da IP. Referem como mais significativas a utilização de instrumentos específicos de avaliação e planeamento da intervenção, maior capacidade de avaliar as necessidades da criança e da família e mudanças quanto ao seu local de intervenção. De facto, em mais de 80% das situações a sua intervenção é feita no domicílio das crianças e no jardim de infância/creche, num acompanhamento bissemanal ou semanal de duração superior a 60 minutos.
10. Outra das mudanças ao nível das práticas dos educadores de apoio refere-se ao foco da sua intervenção, que deixa de estar apenas na criança, para passar a centrar-se igualmente nos pais, nos educadores dos estabelecimentos onde a criança se encontra integrada e mesmo nos outros profissionais que com ela trabalham.
11. O trabalho centrado na família é considerado um dos benefícios mais significativos que a IP trouxe à prática dos educadores de apoio. Com o aumento da capacidade de reconhecer as forças e competências tanto da criança como das famílias. O seu trabalho com as famílias consiste, sobretudo, no fornecimento de informação, encaminhamento e aconselhamento, o que exige um tipo de relação com a família que coloca novos desafios.
12. Ainda ao nível dos benefícios para a prática, é valorizada a perspectiva transdisciplinar, e o aumento de competências de detecção de dificuldades.

13. Segundo referem os educadores titulares, os apoios mais frequentes às crianças das suas salas são os prestados pelos educadores de apoio (57,1%) e os terapeutas da fala (61,9%).
14. O nível de informação acerca do funcionamento da IP é elevado também nos educadores titulares. Todos têm conhecimento do funcionamento da rede e apresentam valores muito elevados em todas as variáveis relativas à informação: sabem como contactar a equipa e têm contacto efectivo com ela, dizem haver facilidade de articulação e conhecem e sabem usar o sistema de sinalização.
15. Quanto ao ganho de informação trazido pela IP, este verifica-se essencialmente ao nível das problemáticas do desenvolvimento da criança e do desenvolvimento e necessidades da família. A informação sobre as actividades das equipas de IP e os seus fundamentos teóricos são os aspectos menos aprofundados.
16. A IP tem tido impacto nas práticas educativas dos educadores titulares: conhecem melhor as problemáticas da criança, e têm melhorado a articulação com os outros profissionais e serviços. O impacto tem sido menor no desenvolvimento de estratégias de trabalho na comunidade.

Centrando-nos na avaliação do impacto no desenvolvimento das crianças e das famílias, feita a partir das respostas obtidas dos responsáveis de caso e das próprias famílias podemos concluir que:

1. As famílias apoiadas pela IP pertencem maioritariamente a um grupo sócio-económico de baixos recursos e qualificações:
 - a) com baixo nível sócio-profissional, sendo em grande parte trabalhadores não qualificados, no caso dos pais, e desempregados, especialmente entre as mães em que mais de metade se encontra nessa situação.
 - b) em que os pais possuem baixa escolaridade, tendo apenas o 9º ano de escolaridade em mais de dois terços dos casos.
 - c) com um rendimento económico familiar muito baixo, em que quase metade das famílias têm um rendimento mensal abaixo dos 500 euros.
 - d) com satisfação elevada com as condições de habitação.Estas características correspondem a um perfil de situação de risco social e/ou familiar, sendo necessariamente um constrangimento à acção das equipas e à natureza dos resultados a alcançar.
2. Entre as primeiras preocupações com as existências de eventuais problemas de desenvolvimento da criança e o primeiro diagnóstico da situação passam em média 6 meses, mesmo nos casos de deficiência ou perturbação do

desenvolvimento. Entre a identificação da problemática da criança e o seu encaminhamento para a Intervenção Precoce decorrem em média mais 6 meses. O período entre a detecção das dificuldades e o encaminhamento para a IP soma assim cerca de 1 ano, contribuindo para que 50% das crianças só ali cheguem com mais de 3 anos e 10% até com mais de 6 anos.

3. A participação dos hospitais no diagnóstico fica aquém do que seria de esperar, mesmo nos casos de perturbação do desenvolvimento ou de deficiência em que pouco ultrapassa os 50% dos casos. O papel dos centros de saúde nesse diagnóstico é muito reduzido, quase residual, não atingindo os 5%
4. As equipas de IP mostram uma adequada celeridade no iniciar da sua intervenção, já que o tempo entre a recepção dos casos e o início do trabalho não ultrapassa geralmente 1 mês.
5. Em contradição com o que é dito pelos educadores de apoio, a percentagem de intervenções que têm lugar no jardim de infância/creche é neste estudo de 36 % (ou 24,5 % na opinião dos responsáveis de caso) e em cerca de 50 % das situações é preponderantemente feita no jardim de infância, embora ocasionalmente aconteça no domicílio. O que nos leva a pensar que, embora de acordo com a intenção dos educadores e o modelo de intervenção, seja desejada uma intervenção domiciliária, muito frequentemente ela acaba por acontecer no estabelecimento educativo.
6. Os educadores e os terapeutas da fala são os profissionais que intervêm mais frequentemente nos casos acompanhados, sendo a intervenção destes últimos superior à identificação diagnóstica de problemas da fala ou da linguagem. O que coloca, de novo, o problema da natureza do diagnóstico, identificação e operacionalização das dificuldades da criança no contexto do seu desenvolvimento.
7. A incidência de áreas de dificuldade no desenvolvimento das crianças apoiadas é relativamente baixo. Apenas nas variáveis *Autonomia no vestir*, *Fazer-se compreender por estranhos* e *Comunicar normalmente de acordo com a idade* há dificuldades em mais de 50% de casos.
8. O impacto no desenvolvimento das crianças que têm efectivamente dificuldades é elevado, e os pais valorizam muito a ajuda recebida da IP, considerando-a *muito* ou *muitíssimo* importante. Essa avaliação do impacto da IP no desenvolvimento das crianças é mais acentuada nas respostas das famílias do que nas dos responsáveis de caso
- 9- O impacto da rede na informação que a família possui sobre a IP é muito positivo. Os pais valorizam especialmente a informação que passaram a possuir

sobre o processo de desenvolvimento, aprendizagem e capacidades das crianças, bem como sobre os apoios terapêuticos existentes. Referem necessidades de informação não supridas quanto aos seus direitos como família e sobre apoios financeiros.

10. O suporte social das famílias apoiadas pela IP é baixo e o funcionamento das redes sociais é pobre. No entanto, para as famílias, a IP é claramente o recurso mais importante, mais ainda que a própria família. O que dá um indicador fundamental da sua importância na perspectiva da família.
11. A inclusão na comunidade parece ser a dimensão em que a IP menos apoio tem trazido à família, embora sejam sublinhados alguns aspectos que vão no sentido da intervenção contextualizada na comunidade: marcação de consultas, ajudar a encontrar respostas na comunidade. No entanto, neste aspecto as avaliações das famílias ficam muito aquém daquilo que os responsáveis de caso pensam ter sido alcançado. Considerando os objectivos da IP, parece que a procura do máximo desenvolvimento individual será mais conseguida do que uma resposta para a inclusão.
12. Em termos de impacto no funcionamento familiar, a ajuda da IP fica igualmente aquém do avaliado pelos responsáveis de caso e das intenções da equipa. No entanto as famílias valorizam o que se refere ao funcionamento da criança e também ao bem estar e segurança pessoal São elementos menos cuidados no funcionamento familiar: a atenção aos outros elementos da família (apontando para uma focalização na problemática da criança), existência de tempos livres e de lazer (exigindo outro tipo de respostas de apoio à família do tipo “respiro familiar”), ter de lidar com papeis e burocracia (que, atendendo até ao baixo nível escolar das famílias exigiria actividades de apoio burocrático efectivo) e falar com outras pessoas (realçando a grande necessidades do desenvolvimento, na comunidade, de redes sociais informais)
13. A avaliação global do impacto na família: é muito boa. Especialmente na avaliação feita pelas famílias, em que quase 80 % consideram que o apoio recebido as ajudou *muito* ou *muitíssimo* com as dificuldades de desenvolvimento da criança ou da própria família.

Resumindo, os dados obtidos apontam para um forte impacto da rede de Intervenção Precoce na actividade dos sistemas, serviços e profissionais. Houve mudanças reconhecidas nas suas práticas que, todas elas, vão no sentido daquilo que é defendido e desejado pela Intervenção Precoce. Subsistem algumas dificuldades ou aspectos em que será necessário melhorar no sentido de obter ainda melhores resultados, nomeadamente ao nível da elegibilidade e identificação das problemáticas e da natureza das intervenções, cuja resolução permitirá melhorar os efeitos do

funcionamento da rede.

O impacto avaliado em termos de desenvolvimento das crianças e famílias é igualmente muito positivo, correspondendo o apoio da IP a grande parte das maiores necessidades das crianças e das famílias.

A presente investigação tem os seus limites. Ao não pretender analisar os processos mas apenas os seus impactos, não pretende fornecer uma visão global do funcionamento da rede, a qual no entanto poderá ser obtida através da consulta dos relatórios de actividades produzidos pela equipa regional que a gere. Além disso, não tendo feito a avaliação directa dos funcionamentos está dependente das representações que os entrevistados têm sobre a sua prática ou a dos outros profissionais. Mais ainda, no caso das crianças, não foi avaliado o seu efectivo desenvolvimento ou os ganhos obtidos no período de apoio pelas equipas.

Todos esses aspectos poderão ser objecto de estudos posteriores, os quais conjugados com outros que se debruçam sobre as práticas e a qualidade dos serviços, poderão permitir ir afinando as práticas e retirar o máximo de bons resultados de uma rede vasta de serviços e profissionais, aumentando os ganhos das crianças e promovendo o seu máximo desenvolvimento e inclusão social.

Referências bibliográficas

Referências Bibliográficas

American Academy of Pediatrics (2001), Role of Pediatrician in Family-centered Early Intervention Services, *Pediatrics*, 107, 5, Maio 2001, 1155-1557.

Andrada, M. G.; et al. (2000). Intervenção Precoce na Criança com Paralisia Cerebral. Actas do III Encontro Nacional de Intervenção Precoce.

Bailey, D. B.; Hebbeler, K.; Scarborough, A.; Spiker, D. & Malik, S.. (2004) First experiences with early intervention: a national perspective. *Pediatrics*, 113 (4), 887-896

[126]

Bailey, D., McWilliam, R.A., Darkes, L.A., Hebbeler, K., Simeonsson, R., Spiker, D. & Wagner, M. (1998). Family outcomes in Early Intervention: a framework for program evaluation and efficacy research. Versão Electrónica. *Exceptional Children*, 64, n.º 3, 312-328.

Bailey, D., Ayth, L., Odon, L., Symons, F. & Wolery, M. (1999). Early Intervention as we Know. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 5, 11-20.

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. In J. BAIRRÃO (Coord.), *Psicologia: Tendências actuais em Investigação Precoce*, XVII (1), 15-29.

Bégin, D. (1992). L'Intervention précoce auprès de l'enfant ayant une déficience et da sa famille. Office des Personnes Handicapées du Quebec.

Bernardo, A.; Perdigão, S. & Franco, V. (2005). O Papel do Psicólogo nas Equipas de Intervenção Precoce Representações dos Educadores. In VICENTE CASTRO, F.; DIAZ-DIAZ, A.; FAJARDO CALDERA, I.; RUIZ FERNANDEZ,, I.-*Psicologia y Educacion: Nuevas investigaciones*. Infad: Universidad de Extremadura. Psicoex, 293-312.

Borges, L. & al (1993). Projecto Integrado de Intervenção Precoce. *Integrar*, 2, 16-18.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge MA: Harvard Univ. Press.

Correia, E. & Franco, V. (2005). Envolvimento Parental no Trabalho Terapêutico Representações dos técnicos das Equipas de Intervenção Precoce. In VICENTE CASTRO, F.; DIAZ-DIAZ, A.; FAJARDO CALDERA, I.; RUIZ FERNANDEZ, I.-*Psicologia y Educacion: Nuevas investigaciones*. Infad: Psicoex, 167-184

Correia, L.M. & Serrano, A.M. (1996). Intervenção Precoce: novos desafios nas formas de envolvimento parental. *Sonhar*, 3(1). 15-28.

Correia, L.M. & Serrano, A.M. (1998). Envolvimento parental em Intervenção precoce - das práticas centradas na criança à práticas centradas na família. Porto: Porto Editora.

Costa, A. M., (1984) *Educação especial in Sistema de ensino em Portugal*, Lisboa: Fundação Gulbenkian.

Coutinho, M.T. (1996). *Intervenção Precoce - Dificuldades, Necessidades e expectativas das*

famílias. *Integrar*, 10, 5-16.

Cruz, A.I. (coord.), Fontes, F. & Carvalho, M.L. (2003). *Avaliação da Satisfação das Famílias Apoiadas pelo PPIP: resultados da aplicação da escala ESFIP*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação das Pessoas com Deficiência.

Dale, N. (1996). *Working with Families of Children with Special Needs*. London: Routledge.

Dias, J.C. (1997). Intervenção Precoce: uma acção preventiva. *Integrar*, 12: 11-13.

Dias, J.C. (1998). Apoio a Famílias de crianças com Necessidades Educativas Especiais: um contexto de intervenção precoce. *Integrar*, 16: 12-17.

Direcção Geral da Acção Social (1994). *Intervenção Precoce. Relatório do grupo de trabalho criado pelo Despacho Conjunto 54/SEED/SES/SESS/94*.

[127]

Franco, V. (2007) Dimensões Transdisciplinares do Trabalho de Equipa em Intervenção Precoce, *Interação em Psicologia* 11 (1), 113-121.

Franco, V. & Apolónio, A. (2002). Desenvolvimento, Resiliência e Necessidades das Famílias com crianças deficientes. *Ciência Psicológica*, 8, 40-54.

Fuertes, M. & Santos, P.L. (2003). Interação mãe-filho e qualidade da vinculação em crianças com alterações neuromotoras. *Psicologia*. XVII (1). 43-64.

Gómez Artiga, A.; Viquer Seguí, P. & Cantero López, M.J. (2003). *Intervención Temprana Desarrollo óptimo de 0 a 6 años*. Madrid: Ediciones Parámide.

Hebbeler, K. & Wagner, M. (1998). *The National Early Intervention Longitudinal Study (NEILS) Design Overview*. Acedido em 30 de Março de 2005 em: www.sri.com/neils/index.html.

Hebbeler, K., Spiker, D., Wagner, M., Cameto, R. & McKenna, P. (1999). *State-to-state variations in early interventions systems*. Acedido em 30 de Março de 2005 em: www.sri.com/neils/index.html.

Hebbeler, K., Wagner, M., Spiker, D., Scarborough, A., Simeonson, R. & Collier, M. (2001) *A first look at the characteristics of children and families enterering early intervention services*. Acedido em 30 de Março de 2005 em: www.sri.com/neils/index.html.

Helm, D.T. & Shishmanian, E. (1997). Information pediatricians need about Early Intervention. *Children's Health Care*, 26(4), 255-264.

Leventhal, T. (2000). Patterns of service use in Preschool Children: Correlates, Consequences, and the role of early intervention. *Child Development*, 71 (3). 802-819.

Ministérios da Educação, da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade (1999) - *Despacho Conjunto nº 891/99. Orientações reguladoras da intervenção precoce para crianças com deficiência ou em risco de atraso grave do desenvolvimento e suas famílias*. 19.10.1999.

Moor, J. M. H. de, & al. (1994). *Intervenção Precoce em crianças com Perturbações do Desenvolvimento Manifesto do grupo de trabalho Eurllyaid: 9-19*.

OE-Ordem dos Enfermeiros (2007). *Rede de Cuidados de Saúde Primários - Modelos de*

Gestão dos Centros de Saúde. Acedido em 28 de Novembro de 2007 em: www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeforum/cuidadossaudeprimerios/5/5.pdf

Pereiro, M.H. (2000). Contributos para uma análise avaliativa da Intervenção Precoce. In F.Leitão (org.), *A Intervenção Precoce e a Criança com Síndrome de Down estudos sobre a interacção*. Porto: Porto Editora.

Pérez-López, J. & Brito de la Nuez, A. (2004). *Manual de Atención Temprana*. Madrid: Ediciones Parámide.

Pimentel, J. (1997). Um Bebê diferente: da Individualidade da Interação à Especificidade da Intervenção. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

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 de Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Pinto, A. I. (1995). Uma experiência de intervenção precoce: contributos para a sua avaliação. *Psicologia*, 10 (3), 65-90.

Projecto Integrado de Intervenção Precoce do Distrito de Coimbra (1995). *A Família na Intervenção Precoce da Filosofia à Acção*. Coimbra, Editora Gráfica.

Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía (2000). *Libro blanco de la Atención Temprana*. Ministério de Trabajo y Assuntos sociales. Madrid.

Sameroff, A.J. & Fiese, B.H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. IN J.P. SHONKOFF & MEISELS, S.J. (Ed.). *Handbook of Early Childhood intervention*, (pp. 135-159). Cambridge: Cambridge Univ. Press.

Scarborough, A.A., Spiker, D, Mallik, S, Hebbeler, K., Bailey, D. & Simeonsson, R. (2004) A national look at children and families entering early intervention. *Exceptional Children*. Vol. 70, n.º 4. 469-483.

Shonkoff, J. & Meisels, S. J (eds.) (2000). *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: University Press.

Simeonsson, R.J. (1995). Supporting Family Participation in Early Childhood Intervention. *Actas do III Encontro Nacional de Intervenção Precoce*, 25-40.

Soriano, V. (1999). *Intervención temprana en Europa: Organización de Servicios y asistencia a los niños y sus familias - tendencias en 17 países europeos*. Real Patronato. Madrid.

Thurman, S.K., Cornwell, J.R. & Gottwald, S.R. (1997). *Contexts of Early Intervention Systems and Settings*. Baltimore: Paul H. Books Pub.

Este livro surge na sequência de um conjunto de acções que permitiram dotar o Alentejo de uma rede de Intervenção Precoce no desenvolvimento infantil, pioneira em Portugal, que congrega iniciativas dos serviços regionais dos Ministérios da Saúde, Educação e Solidariedade Social, e das IPSS. Nele se apresentam os resultados de um projecto de investigação que visou verificar o impacto que essa rede tem produzido nos diferentes sistemas, profissionais e, em última instância, famílias e crianças que procura servir.



Vítor Franco

Psicólogo e Professor Associado da Universidade de Évora. Trabalha com a Intervenção Precoce desde 1991, tanto no âmbito do Centro de Desenvolvimento e Intervenção Precoce da Associação de Paralisia Cerebral de Évora (APCE), de que é Director Técnico, como na investigação, com artigos publicados em revistas internacionais, e ainda no ensino graduado e pós-graduado, em Universidades portuguesas e estrangeiras.

Ana Maria Apolónio

Socióloga e Educadora de Infância, com trabalho realizado quer na coordenação de uma Equipa de Intervenção Precoce (entre 1998 e 2005) quer em tarefas de Assessoria da coordenação da rede regional de IP.

Projecto Financiado pelo “*por Alentejo*”
Eixo 3, Medida 8 - FEDER

Colaboração



“*por Alentejo*”



União Europeia



Governo
da República Portuguesa

