

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

Programas de Intervenção Precoce: caracterização e análise das
pesquisas no contexto brasileiro

Ana Regina Lucato Sigolo Candido

São Carlos - SP

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

Programas de Intervenção Precoce: caracterização e análise das
pesquisas no contexto brasileiro

Ana Regina Lucato Sigolo Candido

Orientadora: Dra. Ana Lúcia Rossito Aiello

Tese apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Educação Especial
da Universidade Federal de São Carlos como
parte dos requisitos para a obtenção do título
de Doutor em Educação Especial.
Área de concentração: Educação do Indivíduo Especial.
Bolsista CAPES (nº do processo: 23211504)

São Carlos


2017





UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
 Centro de Educação e Ciências Humanas
 Programa de Pós-Graduação em Educação Especial


Folha de Aprovação

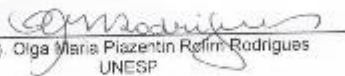
Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a defesa de tese de doutorado do(a) candidato(a)
 Ana Regina Lucato Sigolo, realizada em 29/03/2017


 Prof(a). Dr(a). Ana Lúcia Rossito Aiello
 UFSCar

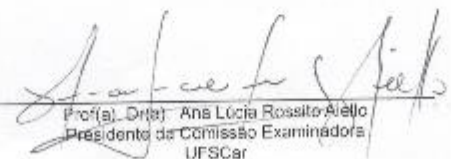

 Prof(a). Dr(a). Fabiana Cio
 UFSCar


 Prof(a). Dr(a). Patricia Carla de Souza Della Garba
 UFSCar


 Prof(a). Dr(a). Nara Liana Pereira Silva
 UFJF


 Prof(a). Dr(a). Olga Maria Pisentin Refim Rodrigues
 UNESP

Certifico que a sessão de defesa foi realizada com a participação à distância dos membros Prof(a). Dr(a). Nara Liana Pereira Silva e, depois das arguições e deliberações realizadas, o participante à distância está de acordo com o conteúdo do parecer da comissão examinadora redigido no relatório de defesa do(a) aluno(a) Ana Regina Lucato Sigolo.


 Prof(a). Dr(a). Ana Lúcia Rossito Aiello
 Presidente da Comissão Examinadora
 UFSCar

Dedico este trabalho,

Ao meu amado pai, Aie, meu maior exemplo de pai, de amigo, de companheiro, de esposo, de filho, de Homem...enfim, de ser humano! O AMOR construído pela nossa família nos provou que milagres existem... que o milagre da vida existe e que você foi merecedor deste milagre. Por mais difícil que tenha sido tudo o que passamos valeu à pena cada sorriso, cada abraço, cada beijo, cada olhar, cada gesto de carinho, cada conselho, cada bronca, cada desafio, cada conquista... valeu a pena viver cada segundo ao seu lado. Posso afirmar com convicção que se eu tivesse a oportunidade de escolher uma família escolheria a nossa, esta que você e a mãe construíram com tanta competência e maestria!!!!

Infelizmente não está mais aqui fisicamente para participar deste momento tão importante e sonhado por nós, mas tenho a certeza que está muito feliz, muito orgulhoso e que estará sempre junto a nós.....Hoje a sua presença está em nosso coração e em nossas lembranças e a maior prova disso é poder sentir seu abraço cheio e seu beijo carinhoso.

A certeza que fica é de um AMOR ETERNO capaz de transpor qualquer plano que possa existir!!!!

Estaremos juntos para sempre!!!! TE AMO!!!!

À minha amada avó Anna, “vó Pata”, que lutou a cada segundo para viver e também nos provou que o milagre da vida existe!!!! Que mesmo distante sempre esteve muito presente em minha vida torcendo, chorando com as minhas tristezas, vibrando com as minhas conquistas, e, acima de tudo, um zelo, um carinho, um amor imenso que sempre foi capaz de me confortar mesmo a quilômetros de distância.

A saudade é imensa e o AMOR é eterno!!!!

EPÍGRAFE

How can we judge the worth of a society? On what basis can we predict how well a nation will survive and prosper? Many indices could be used for this purpose, among them the Gross National Product, the birth rate, crime statistics, mental health data, etc. In this book we propose yet another criterion: *the concern of one generation for the next*. If the children and youth of a nation are afforded opportunity to develop their capacities to the fullest, if they are given the knowledge to understand the world and the wisdom to change it, then the prospects for the future are bright. In contrast, a society which neglects its children, however well it may function in other respects, risks eventual disorganization and demise (Bronfenbrenner, 1974, p.1).

“Como podemos julgar o valor de uma sociedade? Muitos índices poderiam ser utilizados para essa finalidade, entre eles o Produto Interno Bruto (PIB), a taxa de natalidade, as estatísticas de criminalidade e os dados de saúde mental. Neste livro, propomos ainda outro critério: *a preocupação de uma geração com a seguinte*. Se às crianças e aos jovens de um país são oferecidas oportunidades para desenvolver suas capacidades ao máximo, se forem dados os conhecimentos para compreender o mundo e a sabedoria para transformá-lo, então as perspectivas são brilhantes. Em contraste, uma sociedade que esquece suas crianças como poderá funcionar bem em outros aspectos, com eventuais riscos de desorganização e morte” (Bronfenbrenner, 2011, p. 235)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por se fazer presente em minha vida em todos momentos.

À minha orientadora prof.^a Dr^a Ana Lúcia Rossito Aiello pela confiança e pelo companheirismo construídos ao longo desses anos. Seus ensinamentos, sua dedicação, sua responsabilidade e sua ética profissional foram, sem dúvida, imprescindíveis para a minha formação acadêmica e como pessoa, pois no momento mais difícil da minha vida pude contar com seu apoio, com sua solidariedade, com sua compaixão, com seu respeito.....todo este cuidado foi fundamental para que eu conseguisse cumprir minha promessa à meu pai que iria até o fim nesta jornada.

As professoras Dr^a Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues e Dr^a Patricia Carla de Souza Della Barba pelas valiosas contribuições dadas no Exame de Qualificação.

As professoras Dr^a Nara Liana Pereira Silva e Dr^a Fabiana Cia por terem aceitado o convite para a banca de defesa que certamente trarão contribuições para o aperfeiçoamento do trabalho.

À Universidade Federal de São Carlos e ao Programa de Pós-Graduação em Educação Especial dos quais tenho orgulho de ter construído minha formação acadêmica e profissional devido à excelência de ensino.

À coordenadora prof.^a Dr^a Cristina Broglia Feitosa de Lacerda, em especial, por me acolher e acreditar no meu trabalho em um momento que foi preciso mudar a proposta da pesquisa.

Aos funcionários do Programa pela atenção e pelo cuidado dispendidos para a solução de nossas questões burocráticas.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pela concessão da bolsa que permitiu a realização desta pesquisa, processo nº 23211504.

Aos participantes que aceitaram colaborar com esta pesquisa e que contribuíram de forma consistente para a obtenção dos objetivos propostos.

Aos meus pais, Silvia e Aie, por me ensinarem que não devemos desistir dos nossos sonhos e por serem responsáveis pela concretização deles.....meus grandes incentivadores, meus exemplos de família, de amor incondicional. À minha mãe por ser um anjo presente em nossas vidas... uma guerreira que a cada dia nos ensina que a única opção que temos é de ser forte e que nos dá toda a condição para sermos fortes. Não há como caminhar sem você....

Ao meu amado irmão Ike por sempre estar presente em minha vida, por compartilhar cada momento ao meu lado e agora, junto com a Tati, por me proporcionar um novo amor incondicional... nosso pedacinho do céu, o Carlos Henrique.

Ao meu esposo Netto pelo companheirismo, dedicação, paciência demonstrados em todos esses anos de parceria, pela escolha de construir uma família comigo e por fazer dos meus sonhos os seus... Te amo!

À minha querida avó Ignêz por me acompanhar em cada etapa da minha vida, por estar ao meu lado em cada momento de tristeza e de felicidade e por cuidar de mim até hoje!

Muito obrigada!!!!!!

APRESENTAÇÃO

A parceria com a professora Ana Lúcia Rossito Aiello iniciou-se em 2006 na disciplina de Pesquisa em Psicologia 5, no curso de Psicologia da Universidade Federal de São Carlos.

A princípio o tema pesquisado para a realização da monografia era o autismo e seus procedimentos de triagem. A partir das leituras e discussões as possibilidades e propostas foram amadurecendo e o foco do trabalho passou a ser os instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil, de uma forma mais abrangente. Fomos contempladas com uma bolsa PIBIC para desenvolver este projeto e aí a monografia passou a ser também a minha iniciação científica.

Com a imersão neste assunto passei a ficar intrigada com a diversidade de instrumentos disponíveis e utilizados para a avaliação do desenvolvimento infantil. Assim, decidimos investigar se três instrumentos diferentes apresentariam resultados semelhantes para a mesma criança. De um modo geral, pudemos verificar que, apesar de os instrumentos avaliarem o mesmo constructo, os resultados eram diferentes, ou seja, a mesma criança era considerada com desenvolvimento normal para um instrumento e para outro apresentava algum risco e/ou atraso. Com esses resultados, passamos a nos perguntar: diante das inúmeras dificuldades em realizar a avaliação e o acompanhamento do desenvolvimento infantil, como incentivar esta conduta se não há, em muitas situações, como confiar nos dados obtidos com a utilização dos instrumentos de triagem, de avaliação?

Esta e algumas outras questões foram norteadoras para uma proposta a ser desenvolvida no mestrado. No ano de 2009 iniciei o Mestrado no Programa de Educação de Especial da UFSCar com o objetivo de realizar um projeto que propunha uma conduta diferente no protocolo de avaliação do desenvolvimento infantil, ou seja, esta avaliação seria realizada a partir do relato dos pais. Para isso foi investigado se nos Programas de Saúde da Família (PSF) havia esta preocupação e se esta avaliação fazia parte da rotina de atendimentos realizados com as crianças. Foi possível verificar que, mesmo que os profissionais (médicos e enfermeiros) relatassem alguma ação neste sentido, esta conduta não fazia parte da rotina, não havia um acompanhamento e um registro sistemático desta conduta. Além disso, foi realizada uma avaliação do desenvolvimento das crianças a partir do relato dos pais/responsáveis e muitas delas que

apresentavam alguma alteração em seu desenvolvimento não tinham este registro em seus prontuários nos PSF.

Diante deste cenário alguns questionamentos apareceram no sentido de entender o que estava sendo proposto para a estimulação do desenvolvimento infantil; o quanto estas propostas, mesmo sendo iniciadas por um interesse em particular (do pesquisador), eram pensadas e planejadas para que pudessem ser incorporadas à rotina de um serviço de atendimento à população, seja público, privado ou filantrópico, enfim que pudesse “caminhar com suas próprias pernas”, sem depender da presença do pesquisador.

Em 2013, com o início do Doutorado, foi possível levantar algumas questões que iriam além da avaliação do desenvolvimento, ou seja, o que estaria sendo proposto como intervenção no caso de crianças que apresentassem alguma defasagem no desenvolvimento ou mesmo como um recurso preventivo de estimulação do desenvolvimento. Neste sentido, ao invés de se propor um estudo empírico que atendesse a uma população específica de crianças, ponderamos que uma análise da produção brasileira de Programas de Intervenção Precoce em um período de 10 anos poderia ser uma contribuição relevante para a área de conhecimento, uma vez que a pesquisa bibliográfica tem por finalidade analisar e sintetizar criticamente o conhecimento produzido sobre determinado tema e delimitar de forma sistemática algumas conclusões relativas ao tema de interesse do pesquisador. O lócus de produção acadêmica também se mostrou relevante – os programas de pós-graduação brasileiros, cujas produções em dissertações e teses favoreceriam a obtenção de um nível maior de detalhamento da proposição, implementação e avaliação dos programas de intervenção precoce, o que muitas vezes não é factível em artigos publicados em periódicos, com critérios rígidos para a extensão do texto apresentado. Neste sentido, a preocupação norteadora para esta tese foi o interesse em analisar a produção científica no contexto dos cursos de pós-graduação, no período de 2005 a 2014, no que se refere a Programas de Intervenção Precoce para as crianças na faixa etária de zero a três anos.

RESUMO

Esta pesquisa foi organizada em dois estudos. O Estudo A, composto por duas etapas, teve por objetivos: Etapa 1 - identificar e analisar, no período de 10 anos (2005-2014), as teses e dissertações produzidas em programas de pós-graduação brasileiros que tiveram o objetivo de desenvolver propostas de Programas de Intervenção Precoce para o desenvolvimento infantil buscando captar as principais variáveis estudadas e, Etapa 2 - caracterizar e avaliar as propostas de Programas de Intervenção Precoce desenvolvidas nas pesquisas identificadas na etapa anterior. O Estudo B objetivou descrever as avaliações dos Programas de Intervenção Precoce a posteriori dos pesquisadores responsáveis pela proposição e execução, bem como a continuidade do trabalho após a conclusão da pesquisa. O Estudo A teve como fonte de dados o Banco da Biblioteca Brasileira Digital de Teses e Dissertações (BDTD), cujos descritores de busca foram: atenção precoce, estimulação precoce, estimulação essencial, estimulação infantil, estimulação do desenvolvimento infantil, intervenção precoce, vigilância do desenvolvimento e triagem do desenvolvimento. A seleção dos estudos foi realizada por dois juízes independentes de acordo com critérios de inclusão e exclusão pré-definidos, chegando a um total de 25 estudos analisados na íntegra. Na Etapa 1 foi utilizado o protocolo “Caracterização dos Programas de Intervenção Precoce” (PIP) com o objetivo de sistematizar informações referentes aos participantes, considerações metodológicas, características da intervenção, variáveis estudadas, resultados, limitações e futuros estudos, cujos resultados indicaram um predomínio de PIP indiretos (13/25) que trabalharam com a capacitação e formação de mediadores. A presença das crianças nos PIP variou entre as formas de participação individual e grupos. Os mediadores dos estudos com intervenção mista que participaram dos PIP, juntamente com as crianças, foram principalmente os pais/responsáveis. As limitações e/ou riscos para o desenvolvimento foram categorizadas em: Prevenção, Risco e Deficiências, havendo uma maior incidência de estudos na categoria de Riscos. Apenas uma pesquisa empregou delineamento com grupo controle equivalente e a avaliação de follow-up foi apresentada em três estudos. Dez programas atendiam concomitantemente ao paradigma tradicional e novo paradigma, apenas um estudo apresentou características do Novo Paradigma e do Modelo centrado na família. Os contextos nos quais as intervenções se realizaram foram residências, creches e universidade. As intervenções indiretas apresentaram uma duração maior quando comparadas às diretas. As habilidades/comportamentos alvo da intervenção estavam relacionadas ao desenvolvimento infantil e a capacitação parental e profissional. Os resultados foram majoritariamente avaliados como positivo independentemente do tipo de intervenção realizada. Apenas três estudos indicaram resultados não efetivos. 14 estudos indicaram limitações relativas tanto ao delineamento/procedimento da pesquisa quanto ao programa de intervenção. Foram assinaladas questões para futuras pesquisas relativas à metodologia, como, por exemplo, estudos longitudinais, extensão da intervenção, ampliação da amostra pesquisada e maior frequência das avaliações. As demandas no âmbito familiar se referiram a adesão de pais/cuidadores aos programas de intervenção, vínculo pais/criança e relação família/escola e, no âmbito profissional, destacaram-se o conhecimento sobre vigilância do desenvolvimento e integração saúde/educação. Na Etapa 2 foi empregado o protocolo “Avaliação dos Programas de Intervenção Precoce” para análise dos programas no âmbito da comunidade, família, criança e programa de intervenção, cujos resultados indicaram que, no nível da comunidade, 14 estudos não indicaram procedimentos de encaminhamentos, utilizaram amostras voluntárias ou de conveniência. Os critérios de elegibilidade para os PIP foram bastante diversificados; 18 estudos não fizeram menção aos procedimentos de triagem para a participação

no programa; as informações às famílias eram fornecidas em geral no início do programa e, é possível, também, informar que os PIP foram mais voltados aos interesses dos pesquisadores do que às reais necessidades da população. No nível da família pode-se verificar que a entrevista de acolhimento e apresentação do PIP foram mais frequentes do que ações que envolviam planejamento de apoio às famílias. No nível das crianças, os estudos focaram a vida social e autonomia infantil. No nível dos PIP evidenciaram mais frequentemente a atuação de um único profissional, sem formação específica; com planos de atividades que apresentavam algumas lacunas de informações como: objetivos, materiais, procedimentos de ensino e de registro; foram observadas poucas revisões nas propostas de intervenção, com principal preocupação na eficácia dos programas, cujas avaliações foram baseadas em instrumentos não padronizados. Do Estudo B participaram 10 pesquisadores que responderam a um questionário que continha os seguintes tópicos: período de vigência, apoio institucional, concomitância entre o encerramento da pesquisa e do programa, e avaliação do programa quanto a objetivos/foco da intervenção, procedimentos de triagem e de avaliação, participação da família, profissionais envolvidos, desenvolvimento da criança e resultados obtidos x esperados. Os resultados indicaram que: os programas duraram até 12 meses; seis deles tiveram apoio financeiro; o encerramento dos programas aconteceu de forma concomitante em oito deles; foram avaliados positivamente por seus proponentes; apresentaram questões a serem aprimoradas quanto ao referencial teórico, a organização e planejamento das ações a serem desenvolvidas. Pode-se indicar que as pesquisas envolvendo intervenção precoce apresentadas aqui são iniciativas importantes em lidar com a estimulação precoce em crianças com diferentes fatores de risco e/ou deficiências e produzir conhecimentos no contexto brasileiro.

Palavras-chave: educação especial; programa de intervenção precoce; estimulação precoce; desenvolvimento infantil; revisão sistemática.

ABSTRACT

This research encompass two studies. The objectives of Study A composed by two steps: Stage 1- In the period of 10 years (2005 – 2014), identify and analyze theses and dissertations produced in Brazilian graduate program with objective of development proposal of Early Intervention Programs for children's development were identified and analyzed to seek main variables studied; and Stage 2: - The proposals of Early Intervention Programs developed that identified in previous stage were characterized and assessed. The Study B described evaluations of Early Intervention Programs after the event of researchers responsible for proposal and execution, as well as continuity of work after conclusion of research. The Study A based on data from the Theses and Dissertations Bank of Brazilian Digital Library (BDTD), whose search descriptors were: early attention, early stimulation, essential stimulation, child stimulation, child development stimulation, early intervention, development surveillance and screening of development. According to two independent judges with pre-defined criteria of inclusion and exclusion, this Study analyzed 25 cases integrally. In step 1, the protocol "Early Intervention Programs Characterization" (PIP) used to systematize information about participants, methodological considerations, intervention characteristics, studied variables, results, limitations and future studies, whose results indicated a predominance of indirect PIPs (13/25) that worked with training and formation of mediators. The presence of children in the PIP varied between forms of individual participation and groups. The mediators of the mixed intervention studies, who participated in PIP, along with children, were mainly parents / guardians. The categories of limitations and / or risks for development: Prevention, Risk and Disability, with a higher incidence of studies in category of Risks. Only one research used an equal control group design and follow-up evaluation was presented in three studies. Ten programs concurred with traditional paradigm and new paradigm, only one study presented characteristics of New Paradigm and the Family-Centered Model. The contexts in which interventions carried out were residences, kindergartens and university. Indirect interventions had a longer duration when compared to direct interventions. The target behaviors / abilities of intervention related to child development and parental and professional training. The results mostly evaluated as positive regardless of intervention type performed. Only three studies indicated non-effective results. 14 studies indicated limitations regarding both research design / procedure and intervention program. Questions raised for future research on methodology, such as longitudinal studies, extension of intervention, extension of sample searched and higher frequency of evaluations. Family demands related to parental / caregiver adherence to intervention programs, parents / child bonding and family / school relationship, and in professional context, knowledge about health surveillance and development surveillance was highlighted. In step 2, the protocol "Evaluation of Early Intervention Programs" (adapted from Mendes, 2010) used to analyze the programs within the community, family, child and intervention program, whose results indicated that community level, 14 studies did not indicate referral procedures, used voluntary or convenience samples. The eligibility criteria for PIPs quite diverse; 18 studies did not mention screening procedures for participation in program; information to families generally provided at beginning of program and it is also possible to inform that IPPs more directed to interests of researchers than to real needs of population. At the family level it can be verified that host interview and presentation the PIP were more frequent than actions that involved planning of support to families. At children's level, studies focused on social life and child autonomy. At PIP level, they showed more frequently

performance of a single professional, without specific training; with activity plans that presented some information gaps such as: objectives, materials, teaching and registration procedures; few revisions in intervention proposals observed, with main concern in effectiveness of programs, whose evaluations based on non-standardized instruments. In the Step 1 results indicated that there was indirect predominance of PIPs (13/25) that worked with training, mediator development. The presence of children in PIP varied between individual forms participation and groups. Mediators of mixed intervention Studies, who participated in PIP, along with the children, were mainly the parents / guardians. Limitations and / or risks for development had been categorized: Prevention, Risk and Disability, with a higher incidence of studies in the category of Risks. Just one research used control group design and follow-up assessment presented by three Studies. Ten programs concomitantly met traditional paradigm and new paradigm, just one study presented characteristics of New Paradigm and the Family-Centered Model. The interventions carried out in residences, kindergartens and university. Indirect interventions had a longer duration when compared to direct interventions. The target behaviors / skills of intervention related to child development and parental and professional development. Independent of type of intervention performed, the results mostly evaluated as positive. Only three research indicated non-effective results. 14 studies indicated relative limitations to research design / procedure and intervention program. For future research, questions relating to methodology was highlighted, such as longitudinal studies, extension of intervention, extension of sample surveyed, higher frequency of evaluations. In family context, demands referred to participation of parents / caregivers in intervention programs, parents / child bond and family / school relationship, and in professional scope, knowledge about surveillance of development and health / education integration highlighted. Step 2 results indicated that in 14 studies there were no referral procedures in community analyzes level whose samples were voluntary or convenience; diversified eligibility criteria for PIPs; 18 studies no mention screening procedures for participation in the program; information had been provided in beginning of program for family; it is possible inform that PIPs more directed to researchers interests than real needs of population. In family level, it can verify that foster interview and PIP presentation were more frequent than actions with planning of support to families. In children's level, the studies focused on social life and children's autonomy. In PIP level emphasized more frequently performance of single professional, without specific qualification; activity plans with some gaps information such as: objectives, materials, teaching and registration procedures; few revisions in intervention proposals were observed, with main concern in effectiveness of programs, whose evaluations were based on non-standardized instruments. Study B analyzed posteriori assessment of researchers responsible for proposing and executing the Early Intervention Programs, as well as their continuity after their conclusion. Ten researchers answered a questionnaire with following topics: validity period, institutional support, concomitance between closure of research and program, and assessment of program regarding objectives / focus of intervention, screening procedures and evaluation procedures, family participation, engaged professionals, child development and results obtained vs expected. The results had been indicated that programs lasted up to 12 months; six of them had financial support; closure of the programs occurred concurrently in eight of them; it were positively evaluated by their proponents; it presented questions to be improved regarding theoretical reference, organization and planning of actions to be developed. It can indicate that research involving early intervention presented are important initiatives to deal to early stimulation in children with different risk factors and / or disabilities and producing knowledge in Brazilian context.

Keywords: special education; early intervention program; early stimulation; child development; systematic review.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.....	65
Relação das áreas avaliadas e os instrumentos padronizados correspondentes empregados nos estudos sobre PIP.	
Quadro 2.....	71
Tipo de intervenção, frequência de encontros, periodicidade e duração dos PIP.	
Quadro 3.....	73
Habilidades e comportamentos alvo da intervenção distribuídos nos diferentes tipos de intervenção.	

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.....	51
Distribuição da frequência de trabalhos selecionados a partir dos títulos no período de 2005 a 2014.	
Gráfico 2.....	54
Distribuição da frequência de trabalhos selecionados a partir dos resumos por ano de publicação e Programa de Pós-Graduação no período de 2005 a 2014.	
Gráfico 3.....	112
Distribuição da frequência dos estudos quanto à duração dos PIP.	
Gráfico 4.....	113
Distribuição dos estudos em função dos financiamentos obtidos para sua realização.	
Gráfico 5.....	117
Avaliação das dimensões dos PIP realizada pelos próprios formuladores.	

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.....	36
Objetivo da intervenção precoce.	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.....	55
Objetivos dos Programas de Intervenção Precoce analisados.	
Tabela 2.....	57
Participantes envolvidos nos PIP de acordo com os tipos de intervenção empregados.	
Tabela 3.....	58
Limitações e/ou risco dos participantes alvos dos PIP.	
Tabela 4.....	61
Métodos de pesquisa empregados nos estudos que envolveram os PIP.	
Tabela 5.....	63
Áreas de avaliação dos instrumentos utilizados nos PIP.	
Tabela 6.....	67
Distribuição dos estudos quanto aos paradigmas e modelos empregados nos PIP.	
Tabela 7.....	69
Contextos de realização dos PIP.	
Tabela 8.....	74
Os resultados considerados efetivos e não efetivos distribuídos pelos diferentes tipos de intervenção.	
Tabela 9.....	76
Limitações indicadas pelos PIP em função do tipo de intervenção: direta, indireta e mista.	
Tabela 10.....	78
Indicação de futuros estudos de acordo com o tipo de intervenção direta, indireta e mista.	
Tabela 11.....	80
Procedimentos de encaminhamento para os PIP apresentados pelas pesquisas.	
Tabela 12.....	81
Crítérios de elegibilidade para os PIP identificados nas pesquisas.	
Tabela 13.....	83
Procedimentos para triagem para participação no PIP.	
Tabela 14.....	84
Informações dadas às famílias sobre os serviços indicadas nas pesquisas.	
Tabela 15.....	85
Indicação dos participantes e nível de abrangência do PIP.	
Tabela 16.....	89
Abordagem utilizada pelos PIP nas pesquisas analisadas.	
Tabela 17.....	91
Participação e envolvimento familiar relatados nas pesquisas.	
Tabela 18.....	94
Foco dos PIP na participação da vida social das crianças.	
Tabela 19.....	95
Foco dos PIP na autonomia das crianças.	
Tabela 20.....	96
Identificação da equipe e formação dos profissionais envolvidos nos PIP.	
Tabela 21.....	97
Descrição da formação específica da equipe de trabalho no PIP.	
Tabela 22.....	99

Informações constantes nos planos de atividades da intervenção.	
Tabela 23.....	101
Revisão da proposta de intervenção.	
Tabela 24.....	102
Procedimentos de avaliação utilizados nas pesquisas.	
Tabela 25.....	105
Foco da avaliação dos PIP.	
Tabela 26.....	107
Devolutiva para pais/responsáveis, participantes ou instituição apresentada nas pesquisas.	

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	22
Objetivos.....	44
ESTUDO A: Caracterização e Avaliação dos Programas de Intervenção Precoce (PIP)	
Método.....	46
Procedimento.....	47
Análise de dados.....	49
Resultados e Discussão	50
Etapa 1.....	52
Etapa 2.....	80
ESTUDO B: Análise das Avaliações dos Programas de Intervenção Precoce, a posteriori, pelos seus proponentes	
Método.....	110
População.....	110
Instrumentos.....	110
Procedimento.....	110
Análise de dados.....	111
Resultados.....	112
Discussão.....	138
CONSIDERAÇÕES FINAIS	142
REFERÊNCIAS	148
APÊNDICES	
Apêndice A: Caracterização dos Programas de Intervenção Precoce (PIP).....	164
Apêndice B: Avaliação dos Programas de Intervenção Precoce (PIP)	166
Apêndice C: Questionário Pesquisador.....	170

ANEXO

Aprovação Comitê de Ética – CAAE: 50487715.2.0000.5504.....177

INTRODUÇÃO

Esta seção tem por objetivo apresentar questões relativas ao processo de identificação precoce de problemas e/ou atrasos no desenvolvimento infantil e discussão sobre critérios de elegibilidade para programas de intervenção. Em seguida, propor algumas reflexões sobre a evolução de concepções em intervenção precoce até a formulação de questões de pesquisa que mobilizaram a presente investigação.

Os recursos disponibilizados pelo ambiente podem se constituir em mecanismos de proteção quando se identifica processos que melhoram, alteram ou modificam a resposta de um indivíduo a algum evento do ambiente que predispõe a uma consequência desfavorável (RUTTER, 1985). Tais mecanismos podem não apresentar efeito na ausência de um evento estressor, pois cabe aos mesmos modificar a reação do indivíduo em situações adversas, mais do que favorecer diretamente o desenvolvimento típico (RUTTER, 1987). Neste sentido, mecanismos de proteção referem-se a processos mediante os quais diferentes fatores interagem entre si ao longo do tempo, alterando o percurso de vida do indivíduo (YUNES; SZYMANSKI, 2001).

Há também aqueles fatores que podem prejudicar o desenvolvimento infantil que, de acordo com Linhares (2004) podem estar presentes no ambiente e/ou no próprio indivíduo podendo ser de natureza biológica, psicológica e/ou social. Porém, Williams e Aiello (2004) afirmam que “talvez para cada comportamento de risco que poderia afetar o desenvolvimento humano possa ser encontrado ao menos um fator de proteção – cabendo ao profissional identificá-lo” (p. 199).

Já as condições adversas, podem vir a se constituir em mecanismos de risco, geralmente em situações estressantes, pois devem estar associadas a uma probabilidade aumentada de distúrbio e dependem da suscetibilidade do indivíduo às respostas ao meio. Os mecanismos de risco são definidos como características, circunstâncias adversas ou variáveis negativas que tornam o indivíduo vulnerável a obter resultados negativos em seu desenvolvimento, apresentando assim problemas físicos, sociais ou emocionais. Caracterizam-se por serem de natureza biológica ou psicossocial, podendo estar relacionados ao indivíduo, à família, à comunidade e às instituições que o rodeiam, considerando neste contexto as transações que ocorrem entre a pessoa e esses ambientes (MAGNA; MARTURANO, 1998; RUTTER, 1987). Ressalta-se, no entanto, a diferença entre indicadores e mecanismos de risco: os primeiros atuam indiretamente sobre a criança, enquanto que os segundos têm efeitos diretos. É nessa medida que o risco por ser

considerado como fatores gradualmente dispostos desde os mais distais (indicadores de risco sociais), os meio-proximais (mecanismos de risco familiares) até os proximais (mecanismos de risco individuais) (OLIVEIRA, 1998).

De acordo com Glascoe (2000), o impacto dos fatores de risco do ambiente no qual a criança está inserida pode não ser visível no seu desenvolvimento até os três anos de idade. Como exemplos desses fatores de risco são citados família monoparental, pais com escolaridade inferior ao ensino médio, pouco suporte social, pais com problemas de saúde mental, pobreza, eventos estressores, estilo parental autoritário, mais de três crianças na família, entre outros. Zeppone, Volpon e Del Ciampo (2012) também destacam que, além dos fatores de risco intrínsecos (genéticos, como síndromes, malformações), os fatores extrínsecos (ambientais) influenciam o desenvolvimento infantil, principalmente nos períodos perinatal (idade materna, período de aleitamento materno menor que seis meses, relação negativa entre mãe e feto, baixa escolaridade materna, assistência pré-natal precária, gestação de alto risco) e neonatal (prematuridade, baixo peso ao nascer, comprimento ao nascer menor que 45cm, asfixia perinatal, hemorragia intracraniana, infecções congênitas).

Diferentes formas de avaliação (anamnese, observação da criança em seu ambiente, prática de atividades ou, ainda, a aplicação de instrumentos de triagem) são utilizadas para acompanhar o processo de desenvolvimento infantil e incluem pais, professores, pediatras e outros profissionais (FRANKENBURG, 2002).

O conhecimento do processo de desenvolvimento típico infantil é fundamental para que o profissional tenha condições adequadas para identificar possíveis sinais que as crianças podem apresentar em seu desenvolvimento que o caracterizam como atípico, bem como os fatores de risco que colaboram para a construção desse quadro. Em função dessa necessidade, autores indicam que os profissionais da atenção primária à saúde seriam os mais indicados para essa função e que a investigação dos riscos para o desenvolvimento deveria ser realizada com instrumentos e em larga escala para que os possíveis problemas pudessem ser detectados precocemente com o propósito de prevenção. E, mesmo que os fatores de risco não possam ser eliminados do contexto da criança, é possível amenizar as suas consequências no desenvolvimento infantil (MARIA-MENGEL; LINHARES, 2007).

Porém, muitas alterações no desenvolvimento da criança só estão sendo identificadas quando estas se encontram no ensino fundamental. E o que tem contribuído para que essas alterações

passem despercebidas é o fato de não existir um instrumento padronizado para avaliar o desenvolvimento, o que dificulta a identificação de possíveis sinais de risco. Em 2005 foi publicado um estudo nos Estados Unidos no qual pediatras foram questionados se usavam testes padronizados para avaliar o desenvolvimento infantil e, apenas, 23% relataram que utilizavam este procedimento (SAND et al., 2005). Na pesquisa de Sigolo (2011) ficou evidente que os médicos dos Programas de Saúde da Família também não utilizavam testes padronizados para avaliarem o desenvolvimento infantil. Nas entrevistas foram relatadas a avaliação do desenvolvimento físico da criança, a observação dos marcos do desenvolvimento e a investigação da estimulação no ambiente da criança durante a consulta, porém sem um instrumento padronizado de referência, o que pode não garantir a continuidade nos atendimentos (principalmente quando há rotatividade entre os profissionais).

Estudos evidenciam que a avaliação clínica é o método de triagem mais utilizado para detectar alterações de desenvolvimento nos atendimentos primários. No entanto, menos de 30% das crianças que apresentam alguma mudança no seu desenvolvimento são identificadas quando somente esta técnica é utilizada em seu acompanhamento, diferentemente dos testes padronizados que apresentam de 70 a 90% de sensibilidade e especificidade. Considerando esses dados, a Academia Americana de Pediatria indica em seu protocolo nas consultas pediátricas de todos os lactentes e pré-escolares sejam aplicados os testes de desenvolvimento (COMMITTEE ON CHILDREN WITH DISABILITIES, 2001).

A puericultura é uma das bases da saúde materno infantil e possui diversos recursos, baseados em evidências científicas, que podem guiar o profissional na realização de procedimentos mais eficazes na consulta (BLANK, 2003). Em 2004, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) estabeleceu algumas diretrizes do cuidado da atenção integral da criança, de acordo com essas evidências científicas, para a promoção do crescimento e do desenvolvimento da criança e para a prevenção de doenças na infância e na idade adulta. Porém, o atendimento de puericultura apresenta uma baixa frequência em populações de baixa renda, sendo a doença o principal motivo pela procura desse serviço (VITOLLO; GAMA; CAMPAGNOLO, 2010). Sigolo (2011) também ressalta em seu trabalho que a prevalência das queixas nos Programas de Saúde da Família está relacionada à saúde da criança, como tosse, gripe, diarreia, febre, vômito, alergia na perna, entre outras. Enquanto a incidência de consultas sem uma queixa específica ou de rotina foi muito baixa, apenas 4,9%.

O estudo de Vitolo, Gama e Campagnolo (2010) avaliou no setor público a frequência do uso do serviço de puericultura e os fatores que estão associados a esta prática no primeiro ano de vida. Nesta pesquisa, 53,2% das crianças não tiveram um acompanhamento regular no primeiro ano de vida nas unidades de atenção primária de saúde e os fatores associados a não utilização desse serviço regularmente foram escolaridade materna igual ou menor a oito anos, estrutura familiar não nuclear e a criança não ser filha única. Além disso, os pais dessas crianças justificaram essa postura por considerarem esse serviço desnecessário, estarem insatisfeitos com ele e impossibilidade devido ao emprego. Esses resultados indicam que a população, na sua grande maioria, procura os serviços em condições de doença, fortalecendo a hipótese de que a procura pela assistência à saúde é motivada pela presença de doença e que o acompanhamento sistemático das crianças no primeiro ano de vida nos serviços de saúde é desnecessário. Nessa mesma direção Blank (2003) aponta que ações educativas devem partir dos profissionais da saúde para que haja a conscientização dos pais sobre a importância do acompanhamento contínuo da criança.

Como dito anteriormente, o estudo de Amorin et al. (2009) também ressalta que uma avaliação regular do desenvolvimento infantil é importante para que problemas do desenvolvimento sejam identificados precocemente e as crianças diagnosticadas sejam encaminhadas para programas específicos para que as consequências do seu atraso sejam nulas ou mínimas. Os autores enfatizam que esse acompanhamento pode ser realizado com procedimentos de baixo custo, simples e que todos os profissionais de saúde da rede pública têm condições de realizá-los. Desse modo, esse monitoramento tem condições de ser implementado nos programas públicos com a função de vigilância do desenvolvimento. E, para confirmar essa afirmação, documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002; BRASIL, 2002a) apontam que os Programas de Saúde da Família podem ser considerados locais adequados para a avaliação e monitoramento do desenvolvimento infantil, uma vez que é responsável pela prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde. Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), os profissionais da saúde devem estar preparados para identificar os sinais precoces de atraso no desenvolvimento e encaminhar essas crianças para os serviços especializados mais adequados para o problema que foi detectado.

Neste cenário aconteceram progressos importantes, pois novos conhecimentos sobre os fatores de risco foram incorporados à área de prevenção e, desta forma, foi possível expandir este

conceito. Assim, a prevenção terciária, que tinha como principal objetivo atenuar, amenizar os efeitos dos distúrbios apresentados pelas crianças com necessidades especiais, abre espaço para as ações em um nível de prevenção secundária e primária. A intervenção secundária, por sua vez, tem como foco a atuação com crianças susceptíveis à aquisição de problemas em seu desenvolvimento em função do impacto dos fatores de risco e a prevenção primária foca na importância, na necessidade de cuidar da população infantil com desenvolvimento típico com o propósito de fortalecer tanto o desenvolvimento da criança quanto o papel mediador dos pais (PÉREZ-RAMOS, 1990).

O modelo de organização do trabalho das equipes profissionais sofreu mudanças quanto à articulação das especialidades envolvidas. O multidisciplinar considera à necessidade de múltiplos profissionais para avaliar e intervir de acordo com a patologia, a necessidade da criança, porém o trabalho e as decisões são realizados isoladamente e o resultado da intervenção passa a ser um somatório das atividades individuais de cada profissional (FRANCO, 2007).

No interdisciplinar a interação, o trabalho em equipe e a troca de informações são mais frequentes e considerados essenciais para o trabalho de intervenção. No entanto, a perspectiva de cada especialidade ainda é preponderante nas tomadas de decisões sobre o planejamento e a intervenção realizados e não as genuínas necessidades da criança e da família (FRANCO, 2007).

De acordo com Franco (2007) o melhor modelo para atuação em Intervenção Precoce é o transdisciplinar, pois há um conceito de equipe mais forte, estruturado e dinâmico em função da existência de uma corresponsabilidade dos membros da equipe nas tomadas de decisão e na avaliação dos resultados, do suporte mútuo e da partilha de informação e conhecimento; e da capacitação de cada membro da equipe que ultrapassa sua formação de base, de origem.

Considerando a rede básica de saúde como local propício para realizar trabalhos preventivos, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) diz que a Saúde da Família é compreendida como uma estratégia de reorganização do modelo assistencial de saúde por meio da implantação de equipes multiprofissionais nas unidades de saúde. A identificação precoce dos fatores de risco no desenvolvimento pode ser contemplada na Estratégia de Saúde da Família (denominado anteriormente de Programa de Saúde da Família). Este programa é uma iniciativa do Governo Federal nos municípios e é formado por equipes multiprofissionais que são responsáveis pelo acompanhamento de um determinado número de famílias de uma área geográfica delimitada (SIGOLO; AIELLO, 2010).

A função dessas equipes é realizar ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2004). Diferentemente do modelo anterior que supervalorizava as práticas da assistência curativa, especializada, desarticulada e focada no papel dominante do médico para uma prática preventiva e de promoção de saúde, integrada com outros níveis de atenção e construída em conjunto com outros profissionais de saúde com suas ações respaldadas nas características socioeconômicas e culturais da sua população (MALFITANO; LOPES, 2003) preservando nas propostas as particularidades de cada grupo social.

O trabalho de Sigolo (2011) analisou a avaliação do desenvolvimento infantil em programas de saúde da família em uma cidade de pequeno porte do Estado de São Paulo e constatou que nos registros dos prontuários das crianças entre zero e dois anos de idade raramente eram encontradas anotações referentes ao desenvolvimento infantil, nem mesmo para aquelas que tinham sido identificadas pela pesquisadora como não apresentando um desenvolvimento esperado para a idade. Neste sentido, um programa de âmbito nacional que poderia atuar como um elemento de vigilância ao desenvolvimento infantil está falhando em seus propósitos originais.

Ainda, nesta perspectiva de que a Estratégia da Saúde da Família pode ser um local adequado para a participação da família no processo de avaliação do desenvolvimento de crianças, podemos citar ainda o estudo de Sigolo (2011) que dentre seus objetivos procurou “verificar a contribuição de instrumento de triagem do desenvolvimento baseado no relato dos pais na avaliação infantil realizada em Programas de Saúde da Família” (p. 30). Os resultados revelaram que 50% dos médicos e 80% das enfermeiras participantes afirmaram que as informações fornecidas pela família tinham que ser consideradas complementares à avaliação da criança, pois, na maioria das vezes, não eram informações totalmente confiáveis, ou seja, os relatos dos pais deveriam ser considerados com cautela e não excluídos da avaliação. Porém relataram que seria perfeitamente viável inserir na rotina deste programa, procedimentos de avaliação do desenvolvimento infantil, cuja importância é fundamental para a saúde infantil.

King e Glascoe (2003) destacam que o monitoramento do desenvolvimento infantil é uma das atividades mais importante do cuidado primário pediátrico. Este monitoramento é comumente chamado de vigilância do desenvolvimento e é por meio desta prática que são identificadas crianças com atrasos no desenvolvimento ou que apresentam alto risco de desenvolver tais atrasos. Nos últimos anos, a conceituação do desenvolvimento infantil tem sido ampliada para

incluir, não somente o desenvolvimento físico e cognitivo, mas também o desenvolvimento apropriado das habilidades sociais, comportamentais e emocionais necessárias, tanto para um desempenho escolar positivo, quanto para suas experiências posteriores.

Existem muitas razões pelas quais a vigilância do desenvolvimento adequada é fundamental para promover o desenvolvimento ideal nos recém-nascidos e nas crianças pequenas. Como: a) atrasos clinicamente significativos no desenvolvimento são comuns, pois embora muitas condições não sejam identificadas até a idade escolar ou adolescência, existe um crescente reconhecimento que mesmo as crianças mais novas mostram evidências de atrasos no desenvolvimento; b) a intervenção precoce é efetiva para crianças com atrasos no desenvolvimento; c) a intervenção precoce é largamente disponível para crianças com atrasos documentados; d) crianças em risco para um desenvolvimento pobre também se beneficiam da identificação e intervenção precoces e, e) os pediatras são profissionais adequados para identificar e encaminhar crianças pequenas com atrasos no desenvolvimento em um tempo hábil (KING; GLASCOE, 2003).

A Academia Americana de Pediatria (COMMITTEE ON CHILDREN WITH DISABILITIES, 2001) ressalta que abordagens adequadas de identificação de crianças ainda não estão claras embora se reconheça os benefícios da intervenção precoce para crianças com atraso no desenvolvimento. Em função de o desenvolvimento infantil ser um processo dinâmico, das crianças frequentemente experienciarem “estalos” no seu desenvolvimento em diferentes áreas e em diferentes momentos e por essas preocupações provocarem uma ansiedade nos pais, os pediatras têm relutado para encaminhar crianças para uma avaliação adicional do desenvolvimento ou serviços especializados a menos que exibam evidências claras de atrasos. Dessa forma, muitas crianças com atrasos, particularmente atrasos leves, são excluídas da oportunidade de se beneficiarem dos serviços de intervenção precoce.

Na definição de vigilância do desenvolvimento Dworking (1993) destaca que seus objetivos são: eliciar e atender as preocupações dos pais, obter a história do desenvolvimento da criança; fazer uma observação acurada e informativa da criança e partilhar suas opiniões e preocupações com outros profissionais relevantes da área.

As preocupações parentais sobre o desenvolvimento da criança são investigadas em muitos estudos e estes mostram que, quando eliciadas sistematicamente (com questionários validados para pais), são capazes de identificar atrasos no desenvolvimento com uma sensibilidade e

especificidade similar dos testes de triagem do desenvolvimento (GLASCOE, 1997). De acordo com Echor (2003) a história do desenvolvimento da criança é importante por incluir, não somente as características da criança, mas por expor os fatores de risco que interferem no percurso do seu desenvolvimento. Ressalta ainda que a pobreza, a insegurança de morar junto a vizinhança violenta, a violência familiar e a condição de saúde dos membros adultos da família são, atualmente, determinantes mais comuns na condição do desenvolvimento da criança do que a presença de doenças biológicas.

Os pediatras têm confiado por muito tempo em suas avaliações clínicas durante as consultas para identificar crianças com atrasos significativos no desenvolvimento. A American Academy of Pediatrics realizou uma pesquisa em 2002 que revelou que a cada 10 pediatras sete identificam crianças com problemas de desenvolvimento em potencial por meio de avaliações clínicas, sem o uso de um instrumento de triagem formal ou checklist. Regalado e Halfon (2001) alertam para o fato de que quando os pediatras confiam na sua avaliação clínica, eles identificam poucas crianças com atrasos no desenvolvimento antes da entrada na escola e estas tendem a ser crianças com atrasos mais severos ou mais evidentes clinicamente.

O fato do objetivo primário da identificação precoce ser a oportunidade da população infantil que apresenta atrasos em seu desenvolvimento receber serviços de intervenção precoce no momento adequado implica que a responsabilidade dos pediatras inclui, não somente a identificação de atrasos no desenvolvimento, mas também o encaminhamento para serviços apropriados (KING; GLASCOE, 2003).

Dessa forma, King e Glascoe (2003) afirmam que existem muitas opções para os pediatras melhorarem a identificação e o encaminhamento de crianças com atrasos e/ou de riscos para um desenvolvimento pobre. A primeira indicação é o uso de instrumentos para triagem de todas as crianças em condição de atraso ou contato com fatores de risco psicossociais. Para a justificativa dos profissionais de que não possuem tempo suficiente para a realização desse procedimento em suas consultas, os autores destacam a conduta de utilizarem questionários padronizados para pais, a possibilidade de outros profissionais participarem desse procedimento e de realizarem avaliações do desenvolvimento mais detalhadas em intervalos menos frequentes, ao invés de fazer avaliações breves em consultas médicas. A segunda indicação é ter um critério menos rigoroso para encaminhar crianças com possíveis atrasos no desenvolvimento, principalmente quando estiverem na presença de fatores de risco psicossociais. Neste caso, muitos profissionais

dizem que não querem causar preocupações desnecessárias nos pais e, assim, preferem omitir tal informação a introduzir preocupações injustificadas. No entanto, os autores alertam para o fato de que mesmo as crianças avaliadas como falso-positivo podem obter benefícios, se encaminhadas para outros serviços de avaliação do desenvolvimento infantil ou programas de cuidados infantis de qualidade, em função da condição de risco psicossocial estar presente. Dessa forma, ter um critério menos rigoroso oferece muitas vantagens em potencial. Por fim, a última indicação é conhecer os recursos disponíveis que promovem o desenvolvimento infantil precocemente para que o desconhecimento destes fatores não se transforme em justificativas para a ausência da vigilância do desenvolvimento infantil nas condutas dos profissionais da área.

Até o momento, foram levantadas questões relativas ao processo de triagem e elegibilidade para os programas de intervenção precoce, discutindo alguns problemas advindos da prática profissional. Em seguida, serão focalizados pontos importantes a serem considerados nos processos de intervenção precoce.

Dunst (2012) relata que o termo “Intervenção Precoce” comumente empregado atualmente, foi descrito no passado como estimulação infantil, estimulação precoce, intervenção infantil e educação infantil. O ponto comum entre as propostas é que descreviam práticas para promover a aprendizagem e desenvolvimento de crianças com deficiência ou em condições de risco para atrasos no desenvolvimento. Demonstra ainda, que ao longo do século XX, esta área de conhecimento acumulou um robusto conjunto de pesquisas que demonstrou a plasticidade da aprendizagem e do desenvolvimento da criança e os tipos de experiências que poderiam afetar positivamente o seu comportamento.

O autor apresenta, ainda, uma cronologia de definições de Intervenção Precoce que aparece na literatura entre os anos de 1967 e 1986. Estas definições incluem alguns termos-chave que refletem características importantes da Intervenção Precoce. As expressões “experiência” ou “atividades” se referem ao fato de que oportunidades de aprendizagem proporcionadas às crianças são intervenções. Os termos “facilita”, “alcança”, “atinge” indicam a expectativa de que as oportunidades de aprendizagem produzam mudanças nos comportamentos-alvo da intervenção. Já a expressão “intencionalmente organizado” e “cuidadosamente planejado” revelam que as experiências usadas como Intervenção Precoce são cuidadosamente selecionadas e implementadas para influenciar mudanças na aprendizagem e desenvolvimento infantis. Desse modo, Intervenção Precoce tinha como foco principal as oportunidades de aprendizagem

proporcionadas a crianças pequenas para produzir mudanças no seu comportamento e desenvolvimento.

A partir de 1986, a legislação americana passa a descrever IP em termos de serviços realizados por profissionais qualificados, designados a atender às necessidades de desenvolvimento de crianças pequenas e suas famílias. Segundo Dunst (2012) houve uma mudança significativa nas definições de Intervenção Precoce, sendo que no primeiro movimento, as concepções embasavam-se na experiência proporcionada à criança, enquanto que nos dias atuais as definições se fundamentam em serviços.

Dunst, Trivette e Jodry (1997) definem Intervenção Precoce como a provisão de recursos para famílias de jovens crianças e de suporte de membros da rede social para apoio informal e formal que influenciam direta ou indiretamente o funcionamento das crianças, pais e familiares. Esta definição assume tanto a perspectiva de serviços quanto a visão de ampliar o foco da intervenção para as pessoas significativas que vivem ao entorno da criança com deficiência e/ou atraso de desenvolvimento.

No contexto brasileiro, as diretrizes educacionais sobre estimulação precoce adotam a expressão “Estimulação Precoce” (EP) como a mais adequada e a definem como um “conjunto dinâmico de atividades e recursos humanos e ambientais incentivadores que são destinados a proporcionar à criança, nos seus primeiros anos de vida, experiências significativas para alcançar pleno desenvolvimento no seu processo evolutivo” (BRASIL, 1995, p.11). Nestas diretrizes os benefícios oriundos dos Programas de Estimulação Precoce passaram a contemplar também as crianças consideradas de risco para o desenvolvimento, e não mais somente a população com necessidades especiais; embora indique que os benefícios destas ações podem abranger toda a população infantil.

Recentemente, o Ministério da Saúde publica um documento intitulado - Diretrizes de Estimulação Precoce: Crianças de zero a três anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor Decorrente de Microcefalia (versão preliminar) que define Estimulação Precoce como uma

...abordagem de caráter sistemática e sequencial, que utiliza técnicas e recursos terapêuticos capazes de estimular todos os domínios que interferem na maturação da

criança, de forma a favorecer o desenvolvimento motor, cognitivo, sensorial, linguístico e social, evitando ou amenizando eventuais prejuízos (BRASIL, 2016, p.58).

Algumas mudanças na concepção foram identificadas ao longo destes últimos 20 anos, como, por exemplo, a perspectiva de ser uma ação continuada no tempo; de se utilizar recursos específicos de algumas abordagens terapêuticas; enfoque nas diversas áreas do desenvolvimento e por fim, o caráter preventivo em níveis gradativos, desde ações que eliminem os impactos de um fator de risco no desenvolvimento até aqueles que visam abrandá-los. Assinala-se a ausência da participação familiar na estimulação precoce. Parece, ainda, permanecer o foco de atuação exclusivamente na criança; a dinâmica de trabalho centrada nas decisões e ações do profissional, na qual a família é concebida como um auxiliar para obtenção das informações e um mero executor de atividades com a criança no contexto familiar de modo a favorecer a continuidade terapêutica.

Tendo brevemente situado as definições de IP, faz-se necessário afirmar a intrínseca dependência desta área de conhecimento com o que é desenvolvido na ciência do desenvolvimento humano, uma vez que esta última se concentra no estudo científico dos processos sistematizados de mudança e estabilidade que ocorrerem nas pessoas desde o momento de seu nascimento até a maturidade (PAPALIA; FELDMAN, 2013). Enquanto uma disciplina científica, seus objetivos incluem a descrição, explicação, previsão e intervenção. Para os contornos deste trabalho, é especialmente interessante o último objetivo que se refere à intervenção, em que o conhecimento produzido sobre o desenvolvimento humano, principalmente nos anos iniciais da vida, possa ser utilizado para intervir em situações nas quais se preveja risco para o desenvolvimento, o mais precocemente possível.

Os avanços do conhecimento das neurociências apontam para uma característica do cérebro conhecida como plasticidade, definida como a capacidade de se modificar em resposta à experiência. Os cérebros de bebês possuem grande plasticidade quando comparados aos de crianças mais velhas, no entanto, a primeira infância também é o período no qual as crianças podem sofrer danos severos no seu desenvolvimento. King e Glascoe (2003) destacam a importância dos primeiros anos de vida da criança devido à sua intensa atividade cerebral que é resultado tanto das suas características biológicas quanto das suas experiências individuais. E, se

a intervenção ocorrer precocemente, esta neuroplasticidade pode contribuir para a obtenção de melhores prognósticos.

Assim, os efeitos da Intervenção Precoce podem ser considerados favoráveis em função da plasticidade do desenvolvimento e do organismo humano ser considerado um sistema aberto às influências ambientais, principalmente ao atuar com a finalidade de remoção sistemática dos fatores externos de risco. Outro ponto positivo é que programas de intervenção precoce proporcionam às crianças ambientes enriquecidos para estimulação do seu desenvolvimento, treinam pais quanto à responsividade e afetividade, oferecem um redirecionamento contínuo do que precisa ser trabalhado e focalizam na construção de habilidades importantes. Desta forma, estas crianças têm benefícios em longo prazo fundamentais no decorrer de sua vida, como por exemplo, maior probabilidade de completarem a escolaridade básica, de terem estabilidade no emprego, de serem independentes, de evitarem a criminalidade e a gravidez na adolescência (GURALNICK, 1997).

Black et al. (2016) enfatizam a necessidade de uma particular atenção às crianças durante os primeiros três anos em função da sensibilidade e vulnerabilidade do desenvolvimento precoce do cérebro; da relativa falta de atenção ao desenvolvimento da primeira infância, em geral durante este período; e do potencial de prestação de serviços saúde, educação e proteção social.

Dados de estudos apresentados por Black et al. (2016) embasam uma forte justificativa econômica para o investimento na primeira infância, especialmente em crianças menores de três anos. As intervenções que realizaram um acompanhamento de longo prazo a crianças desta faixa etária e que estiveram expostas a condições adversas apontaram resultados positivos: quanto ao próprio sustento na vida adulta; à competência intelectual, nível de escolaridade e conhecimentos gerais; indicadores de saúde; redução da violência, sintomas depressivos, inibição social e desenvolvimento na geração subsequente.

Tendo em vista que a população da primeira infância de países em desenvolvimento enfrenta adversidades de ordem financeira e riscos biológicos e psicossociais faz-se necessário que organizações internacionais acusem a necessidade de estratégias que assegurem o alcance do desenvolvimento potencial deste grupo de crianças (BLACK et al., 2016).

Quanto às abordagens na conceituação e na implementação da Intervenção Precoce, Dunst (2000) descreve dois paradigmas que consideram toda essa evolução do papel e da função da família neste contexto. No Paradigma Tradicional o foco está na remediação da doença e na sua

consequência (modelos de tratamento); dependem do conhecimento do profissional para direcionarem a resolução do problema (modelos de perito); o objetivo é a correção do problema no indivíduo (modelos baseados no déficit); as práticas interventivas são definidas em função dos serviços profissionais disponíveis (modelos baseados nos serviços); e, por fim, os profissionais são vistos como peritos que determinam as necessidades das pessoas em função da sua própria perspectiva, do seu próprio conhecimento (modelos centrados nos profissionais). Por outro lado, no Novo Paradigma o foco está na promoção e na otimização da competência, priorizando um funcionamento positivo (modelos de promoção); criam oportunidades para as pessoas exercerem as suas capacidades, desenvolverem novas competências (modelos de capacitação); reconhecem as potencialidades do indivíduo e os ajudam a utilizarem estas competências para fortalecer o seu funcionamento (modelos baseados nas forças); as práticas interventivas são definidas de acordo com uma enorme variedade de oportunidades e experiências na comunidade (modelos baseados nos recursos); e neste paradigma os profissionais são vistos como agentes da família e os desejos e as preocupações familiares são consideradas importantes pelos profissionais (modelos centrados na família).

Além desta contextualização de dois paradigmas proposta por Dunst (2000), em 1991 Dunst, juntamente com os autores Johanson, Trivette e Hamby descreveram um contínuo de quatro modelos que situavam as práticas dos profissionais e a relação destes com a família no processo de intervenção. São eles: Modelo centrado no profissional – o profissional tem o conhecimento sobre a criança e o poder de decisão sobre as medidas a adotar, assim os pais são considerados pouco competentes com relação às dificuldades de seu filho e o mais indicado é que confiem as decisões ao profissional; Modelo aliado à família – a família é vista como um valioso recurso para trabalhar com as crianças, mas ainda são os profissionais que estabelecem o que e como é preciso conduzir o trabalho definido, com a diferença que, nesse caso, transmitem seu conhecimento e suas habilidades aos pais; Modelo focado na família – há o reconhecimento da experiência e da competência dos pais como autênticos especialistas no que se refere a seu filho (mesmo que não disponham de um conhecimento técnico, específico sobre a deficiência, por exemplo) e uma atribuição de importância às necessidades e às prioridades dos pais; e o Modelo centrado na família: o foco do trabalho não é apenas sobre a relação pais/filhos, a família também é considerada como sistema e no processo de intervenção é dada mais atenção à diversidade de situações familiares e contextos sociais. O ponto de vista e os interesses dos pais sobrepõem-se

aos profissionais, a intervenção é individualizada, flexível e são identificadas as necessidades de cada criança e sua família.

A família teve por muito tempo um papel secundário no processo de educação de crianças pequenas em condição de risco no desenvolvimento. Bolsanello (2012, p. 13) afirma que até os anos de 1960 e 1970 “os programas de estimulação precoce eram destinados às crianças com deficiências na faixa etária entre zero e três anos e tinham como quadro de referência o modelo médico, centrado na relação profissional-criança, com a intervenção focada na deficiência infantil”.

Portanto, os programas de intervenção apresentavam como foco privilegiado exclusivamente a criança, desconsiderando o ambiente familiar e as influências de contextos mais amplos. Mesmo quando posteriormente a intervenção se voltou para a família da criança de risco, o modelo de atenção familiar era o patológico, ou seja, pressupunha que a condição deficitária estava presente, que todos os integrantes eram afetados negativamente e, finalmente que as adversidades familiares eram sempre explicadas por esta condição, desconsiderando o fato de que estas poderiam ser influenciadas por uma gama extensa de variáveis, o que poderia ocasionar uma diversidade de fontes de tensão: econômicas, de saúde, comunicativas, relacionais e que a dificuldade da criança seria apenas mais uma fonte de estresse.

A prevalência deste modelo de compreensão da família com uma criança de risco no desenvolvimento começa a ser reduzida por influência das pesquisas sobre famílias em geral, que substituem a visão estática por enfoques mais dinâmicos e interconectados entre os vários sistemas que a compõem e os contextos nos quais se desenvolve.

De acordo com Bolsanello (2012, p.13)

Nas últimas décadas, sobretudo nos Estados Unidos e países europeus, os programas de estimulação precoce sofreram uma transformação notável, especialmente no que se refere à participação das famílias, que passou de um papel secundário a um papel de destaque nestes programas, e ao âmbito de atuação, que se estendeu para os serviços de saúde, sociais e educativos.

Esta mudança de perspectiva leva a uma atenção maior às necessidades em detrimento de suas carências e problemas. Requer, portanto, uma análise interativa, cujas dificuldades não são inerentes apenas como determinadas pelos problemas do filho e outras condições familiares, mas também pelas características dos recursos que o ambiente lhes oferece ou deixa de fazê-lo.

As famílias que dispõem de recursos adequados na comunidade, ou seja, de serviços apropriados em relação aos processos educativos, de saúde, ocupacionais e de lazer, provavelmente teriam menos necessidades a serem atendidas do que aquelas inseridas em contextos extremamente carentes destes apoios. Neste campo de atuação muitas ações podem ser realizadas, que se configuram como de natureza preventiva quanto ao risco no desenvolvimento. Com relação à primeira infância, Bolsanello (2012) aponta que os programas de intervenção precoce assumem uma nova denominação - atenção precoce, concebidos como um conjunto de ações voltadas ao grupo de crianças e estendidas à família e ao seu entorno, com a finalidade de atender às suas necessidades no que se referem às condições de risco ou de transtornos globais de desenvolvimento.

Nesta perspectiva “a família como um todo deve ser considerada simultaneamente como receptora e agente ativo do programa” (ALMEIDA, 2004, p. 65). Esta perspectiva abrangente de intervenção tem por objetivo alcançar a melhoria da qualidade de vida da criança e da família, conforme esquema da Figura1 apresentada por Almeida (2004).

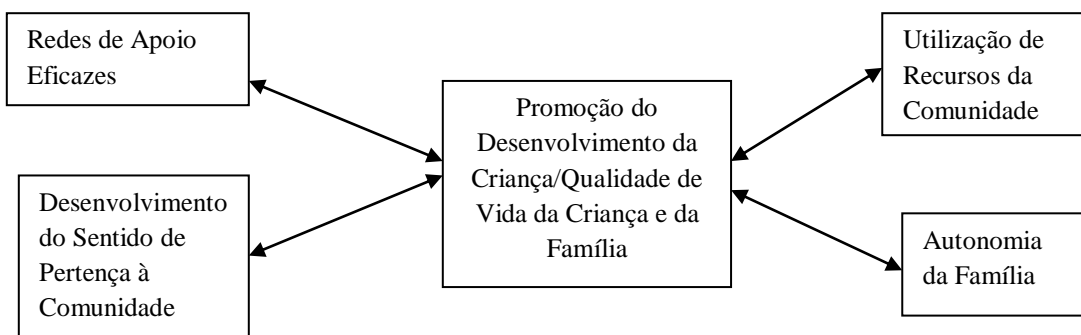


Figura 1 – Objetivo da intervenção precoce.

McWilliam (2003) destaca alguns princípios que mais estariam de acordo com as práticas centradas na família:

- Encarar a família como a unidade de prestação de serviço: toda a família é considerada uma unidade de intervenção, ou seja, o bem-estar de cada membro da família influencia no outro. Assim, o êxito da intervenção não depende exclusivamente do desenvolvimento da criança, ao contrário das abordagens centradas na criança;
- Reconhecer os pontos fortes da criança e da família: além de serem reconhecidos, os pontos fortes da família devem ser utilizados e potencializados durante o desenvolvimento e a implementação da intervenção. Uma atenção maior aos pontos fortes da criança também é importante para que os pais possam reconhecer os feitos de seus filhos e o que fazem por eles.
- Individualizar a prestação de serviços: os serviços deverão incluir as prioridades da família e não somente as necessidades da criança. Esta abordagem reconhece que “cada família é única e os serviços devem ser concebidos individualmente, a fim de assegurar a “melhor opção” entre as opções de serviço disponíveis e as prioridades da família. Afinal, a última palavra quanto à “melhor opção” cabe à família” (p. 15).
- Dar resposta à mudança de prioridade da família: as prioridades das famílias estão em constante mudança e, desta forma, as estratégias de intervenção também precisam apresentar uma flexibilidade para que possam ser adequadas, atender estas prioridades.
- Apoiar os valores e o modo de vida de cada família: a abordagem centrada na família visa auxiliar a família a obter um equilíbrio perante as mudanças decorrentes de uma nova condição. Estas mudanças acontecem de acordo com os valores, crenças e prioridades de cada família e, por isso, é de fundamental importância que todas estas particularidades sejam respeitadas e consideradas nas propostas indicadas.

As políticas e práticas de intervenção precoce tem se baseado em modelos teóricos de desenvolvimento humano.

Um princípio fundamental em psicologia do desenvolvimento é que experiências precoces têm um profundo efeito no desenvolvimento humano. Crianças eram vistas como recipientes passivos de estimulação e agora são entendidas como participantes ativas no mundo físico e social que as rodeia. A aprendizagem ocupa um lugar de destaque desde muito cedo e define o curso para trajetórias de comportamentos adaptativos ou mal adaptativos... Estes períodos, chamados períodos sensíveis ou

críticos, são pensados como “janelas de oportunidades” durante os quais certos tipos de experiências têm efeito fundamental no desenvolvimento de habilidades ou competências (FOX; RUTTER, 2010, P. 23).

Atualmente um dos modelos teóricos do desenvolvimento humano que podem ser utilizados para orientar os programas de intervenção precoce é o modelo bioecológico de Bronfenbrenner (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998). Enfatiza a forma como o desenvolvimento é influenciado pela interação entre fatores de risco e de proteção identificada desde os níveis proximais até os mais distais, salienta a influência mútua entre adultos e crianças e o reconhecimento do papel ativo da criança no seu próprio desenvolvimento.

A concepção bioecológica concebe os processos proximais como os principais mecanismos de desenvolvimento humano que acontece através de

Processos de interação recíproca progressivamente mais complexa entre um ativo organismo biopsicológico em evolução e as pessoas, objetos e símbolos no seu ambiente imediato. Para ser efetiva, a interação deve ocorrer numa base relativamente regular através de períodos prolongados de tempo. Tais formas duradouras de interação no ambiente imediato são referidas como processos proximais. Exemplos de padrões duradouros de processos proximais são encontrados na alimentação ou no ato de confortar um bebê, no jogo com uma criança jovem, nas atividades criança-criança, na resolução de problemas, no cuidado de outros em aflição, na elaboração de planos, no desempenho de tarefas complexas e na aquisição de novos conhecimentos e técnicas (BRONFENBRENNER; CECI, 1994, p.572).

Os processos proximais serão considerados efetivos se forem mantidas as condições: 1) a pessoa deve engajar-se em uma atividade; 2) atividade deve acontecer em uma base regular de tempo; 3) atividade deve continuar por um tempo suficiente para tornar-se progressivamente mais complexa, mera repetição não promove desenvolvimento; 4) garantia de reciprocidade das relações interpessoais e, 5) os processos proximais não são limitados às interações com pessoas, também envolvem interações com objetos e símbolos presentes no ambiente imediato que devem

estimular a atenção, a exploração, a manipulação e a imaginação da pessoa em desenvolvimento (SIGOLO, 2006).

Pode-se dizer que nos processos de intervenção precoce estão presentes os quatro núcleos principais em uma relação dinâmica, ou seja: 1) a pessoa em desenvolvimento trazendo todo um conjunto de características pessoais (a criança em situação de intervenção precoce); 2) o processo representa o elo entre a pessoa e o contexto e tem como mola propulsora do desenvolvimento os processos proximais (definidos especificamente no parágrafo anterior); 3) o contexto no qual este trabalho acontece, privilegiando desde o contexto mais próximo (microsistema), ou seja, as atividades propostas no momento em que o trabalho de intervenção está sendo realizado, as interrelações que se estabelecem com a família configurando o mesossistema; as políticas de atendimento à infância (incluindo as orientações aos programas de intervenção) propostas para aquela localidade em específico (exossistema), além disso, os contextos culturais nos quais estão inseridos, influenciados indiretamente pelas concepções e crenças dos profissionais e das famílias envolvidos e, 4) o tempo que abrange dois sentidos: o microgenético que envolve os processos de interação entre a criança e os outros significativos nas relações cotidianas (familiares, professores, crianças, profissionais, outros adultos da comunidade) e, o segundo, que envolve a passagem do tempo histórico trazendo em seu bojo as condições históricas, culturais e socioeconômicas do período em que as pessoas vivem (por exemplo: os raciais subjacentes aos programas de intervenção precoce se modificaram com a passagem do tempo, que inclui também a evolução do conhecimento científico na área. Assim em períodos diferentes crianças foram submetidas a programas com enfoques distintos).

Uma das perspectivas atuais em intervenção precoce na infância defende a necessidade de focalizar nas condições de risco infantil sem desconsiderar uma análise contextualizada das dificuldades da criança. Nenhum fator constitui isoladamente um fator de risco ou de proteção para o desenvolvimento desta. Portanto, “do ponto de vista da intervenção precoce é pouco provável que se possa encontrar programas universais para os problemas das crianças” (MENDES, 2010, p. 37).

Bairrão e Almeida (2003) sinalizam que os programas de intervenção precoce fundamentados na perspectiva ecológico-transacional apresentam implicações para as formas de conceber esse processo e organizar os serviços, de modo a atender adequadamente as necessidades das crianças e de suas famílias, considerando a compreensão da ecologia da família

e a elaboração de planos de intervenção que sejam os mais próximos possíveis dos contextos naturais.

Graça et al. (2010) afirmam que embora se reconheça a importância de intervenções centradas na família, a realidade ainda se mostra em um estágio aquém, cujos serviços ainda não funcionam em acordo com esta proposta e incorporá-la no trabalho cotidiano das equipes de profissionais nem sempre é uma tarefa fácil. No Brasil, ainda há uma carência de serviços desta natureza, Dessen e Silva (2004) indicam poucas iniciativas, mas ainda muito distantes do atendimento centrado na família.

Nogueira, Rodrigues e Altafim (2013) apresentaram os efeitos de um programa de intervenção nas práticas educativas de mães (adultas e adolescentes) de bebês que nas duas avaliações pré e pós-intervenção, a maioria dos participantes empregava práticas parentais adequadas. No entanto, houve um incremento em monitoria positiva principalmente entre mães adolescentes. Enquanto que práticas se mantiveram em escore baixo, exceto abuso físico que aumentou após a intervenção entre as mães adultas. Este último dado pode ter a interiniência de outras variáveis como o desenvolvimento do bebê que provavelmente está passando para outra etapa – o início do desenvolvimento da autonomia, com aumento da frequência de oposição às práticas maternas. Este estudo vem mostrar a importância de programa de intervenção, cujo foco está nas práticas parentais e que o seu monitoramento pode favorecer o desenvolvimento da criança.

Outro ponto que as pesquisas vêm mostrando é a necessidade de se investir em estudos de seguimentos por um período extenso de tempo, no sentido de se verificar os efeitos em longo prazo de propostas de intervenção precoce. Talvez estes resultados possam convencer os propositores de políticas de atendimento à infância em investimentos nessa área, em função dos benefícios futuros que podem trazer para as crianças submetidas aos programas de intervenção.

Em programas extensos de acompanhamento de crianças os questionamentos mais frequentes são o alto custo e a maior demanda para a equipe de profissionais (CHYI et al., 2008). Porém, apesar do alto investimento imediato nesses programas, é possível, em longo prazo, diminuir drasticamente este custo quando este trabalho refletir na redução das necessidades especiais escolares, da assistência social e, até mesmo, nos índices de repetência escolar (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2007).

Como exemplo destes estudos de longo prazo pode-se citar os realizados com crianças prematuras, pois há uma tendência das pesquisas atuais focarem nos efeitos dos programas de intervenção precoce nesta população. Pesquisas sugerem a importância desse tipo de trabalho acontecer também nos países em desenvolvimento e subdesenvolvidos, uma vez que as condições precárias de vida podem agravar os fatores de riscos biológicos (como a prematuridade e o baixo peso) (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2007). Mas, segundo Linhares et al. (2005), no Brasil há poucos trabalhos que têm como objetivo estudar o desenvolvimento de crianças em idade escolar que tenham vivenciado fatores de risco na primeira infância.

Moreira, Magalhães e Alves (2014) afirmam que

...é essencial conhecer a relação entre a prematuridade e o desenvolvimento futuro de crianças nascidas prematuras, a fim de elucidar as possíveis consequências da prematuridade nos diversos aspectos da vida dessas crianças, tais como saúde, escolaridade etc (p. 121).

Ou seja, o quão relevante é identificar os fatores de risco que podem interferir no desenvolvimento infantil é de extrema importância para o planejamento de estratégias eficazes que evitam e/ou amenizam problemas, dificuldades que a criança possa vir a ter em seu processo de desenvolvimento.

Moreira, Magalhães e Alves (2014) realizaram uma revisão sistemática das publicações existentes no período de 2002 a 2012 com o objetivo de “examinar e sintetizar o conhecimento disponível na literatura sobre os efeitos do nascimento prematuro no desenvolvimento de crianças em idade escolar (oito a 10 anos)” (p.121), considerando os indicadores: componente motor, comportamento e desempenho escolar. No total foram identificados 3153 artigos nas bases de dados (Medline, Pubmed, Medline/BVS, Lilacs/BVS, IBECs/BVS, Cochrane/BVS, Cinahl, Web of Science, Scopus e PsycNET), mas somente 33 foram incluídos na análise em função dos critérios de elegibilidade. O principal resultado encontrado pelas autoras “foi a confirmação da vulnerabilidade, a longo prazo, de crianças nascidas prematuras em todos os indicadores de desenvolvimento pesquisados” (p.132). Assim enfatizam que o acompanhamento até os dois anos

não é suficiente para que problemas de desenvolvimento, como habilidades bimanuais, de comportamento e de integração visomotora, sejam detectados.

O trabalho de Charkaluk et al. (2011) endossa esse achado afirmando que o acompanhamento a longo prazo de crianças nascidas prematuras é fundamental pela importância que a fase escolar representa para o desenvolvimento infantil, uma vez que exige algumas habilidades que podem estar prejudicadas e que ainda não tinham sido requisitadas.

Na conclusão de seu estudo, Moreira, Magalhães e Alves (2014), ressaltaram a importância de um maior investimento na realização de programas de acompanhamento de longo prazo e de intervenção precoce para que as sequelas da prematuridade no desenvolvimento motor, de comportamento e de desempenho escolar possam ser minimizadas, uma vez que os fatores de risco biológicos e ambientais podem determinar a intensidade desse prejuízo. Além disso, enfatizam a necessidade de, tanto os profissionais da saúde quanto os familiares, se atentarem às mudanças no desenvolvimento de crianças prematuras e cobrarem das autoridades públicas a criação de serviços especializados para esta população, como creches de melhor qualidade. Destacam, também, a indispensabilidade dos estudos seguirem critérios mais rigorosos para estabelecer comparações dos efeitos de diferentes programas de intervenção precoce.

Esse exemplo de investimento de estudos na área de prematuridade é de fundamental importância para um processo de reflexão que deveria existir em toda proposta de programas Intervenção Precoce desenvolvida para a população com atraso e/ou risco para o desenvolvimento infantil, uma vez que existe a possibilidade de amenizar as consequências adversas que os problemas no desenvolvimento podem causar, aquilutando os ganhos por um período mais estendido de tempo.

Diante do quadro apresentado sobre o conhecimento científico na área de intervenção precoce, em alguns momentos no texto foi indicada a carência de programas desta natureza no Brasil que utilizam como referencial a família como parte integrante deste serviço. Por outro lado, as políticas que organizam estes serviços no país parecem não incluir esse novo paradigma em suas propostas, mesmo em uma edição bastante atual como a de Brasil (2016). Portanto, a proposição de um estudo que pretenda realizar uma revisão sistemática e crítica sobre as pesquisas brasileiras relativas a programas de intervenção precoce possa se configurar em uma reflexão do estado do conhecimento atual neste campo e como desdobramentos deste trabalho induzir proposições mais coerentes com os referenciais teóricos indicados como mais adequados,

inclusive com condições futuras de avaliar a exequibilidade de programas voltados para uma visão sistêmica.

Neste sentido, foram identificados dois trabalhos que objetivaram conhecer o campo de estudos sobre intervenção precoce no país. Um deles motivado pela escassez de informações sobre propostas de programas de Intervenção Precoce e suas características, Candido e Cia (2016) realizaram um levantamento das teses e dissertações produzidas no Brasil no período de 2003 a 2012 com os objetivos de identificar a produção nos Programas de Pós-Graduação de teses e dissertações que propuseram estudos na área de Intervenção Precoce e elencar nestes estudos os dados empíricos que avaliavam a relação entre os programas de Intervenção Precoce e o envolvimento das famílias. Os 78 resumos analisados revelaram que a elegibilidade das crianças para serem inseridas em um processo de estimulação precoce permanece centrada nas características infantis, ou seja, as variáveis consideradas ainda são aquelas ligadas diretamente às crianças. Além disso, as avaliações são focadas somente no desenvolvimento infantil, não considerando os fatores contextuais (fatores de risco) que influenciam o seu desenvolvimento.

E, o segundo, Costa (2013) que investigou o estado do conhecimento sobre estimulação precoce com base em resumos de dissertações e teses em um período de 11 anos (2000-2011). Realizou uma síntese integrativa de 22 resumos e constatou “novas possibilidades e tendências, revelando enfoques e perspectivas referentes à temática e fornecendo subsídios para a geração de práticas de atendimento mais competentes e eficazes neste campo de estudo” (p.7).

No entanto, estes dois estudos parecem não atender ao que se pretende com a atual investigação que se refere a analisar os trabalhos produzidos na integra tentando proceder a uma compreensão das principais características dos programas de intervenção precoce e há uma avaliação criteriosa deles com base nos seguintes níveis de abrangência: comunidade (processo de encaminhamento, triagem, critérios de elegibilidade e informações sobre o serviço), família (identificação dos informantes, conteúdo das informações para avaliação da criança, família e contexto; participação e envolvimento familiar e planejamento de ações de apoio à família), criança (participação na vida social e autonomia), e os próprios programas de intervenção (equipe; formação; avaliação interna e externa; follow-up e devolutiva aos participantes da pesquisa).

Dessa forma, pode-se levantar algumas questões:

1. Qual a caracterização dos programas de intervenção precoce (PIP) para o desenvolvimento infantil desenvolvidos em teses e dissertações brasileiras? Com esta questão se pretende descrever como a pesquisa que emprega programa de intervenção precoce foi apresentada, como por exemplo: a população alvo, o método de pesquisa empregado, os instrumentos utilizados, a intervenção propriamente dita, o contexto no qual se efetiva, as habilidades /comportamentos alvo da intervenção, resultados obtidos, limitações e futuras pesquisas?
2. Como se caracterizam a avaliação dos programas de intervenção precoce? Esta questão objetiva explorar as dimensões avaliativas dos programas, podendo incluir os níveis de abrangência de sua inserção, comunidade, família, como atuam no nível das crianças em termos de desenvolvimento, aprendizagem e comportamento, como se configuram em termos das intervenções, profissionais envolvidos, formação, avaliação dos seus efeitos, instrumentos utilizados.
3. Os programas de intervenção precoce se mantêm após a conclusão da pesquisa, ou seja, passam a fazer parte da rotina de atendimento a uma determinada população ou se encerram com o término da pesquisa? Como os propositores do PIP avaliam suas propostas a posteriori?

Tendo em vista o elevado número de pontos a serem investigados o presente trabalho será dividido em dois estudos. O primeiro tem por objetivo responder as duas primeiras questões ligadas a pesquisa bibliográfica e o segundo, pretende responder o terceiro questionamento por meio de pesquisa empírica.

Objetivos:

Estudo A:

- Etapa 1: Identificar e analisar, no período de 10 anos (2005-2014), as teses e dissertações produzidas em programas de pós-graduação brasileiros que tiveram o objetivo de desenvolver propostas de Programas de Intervenção Precoce para o desenvolvimento infantil.

- Etapa 2: Avaliar as propostas de Programas de Intervenção Precoce desenvolvidas nas pesquisas identificadas na Etapa anterior, com base em critérios estabelecidos na literatura da área.

Estudo B: Descrever as avaliações dos Programas de Intervenção Precoce a posteriori dos pesquisadores responsáveis pela proposição e execução, bem como a continuidade do trabalho após a conclusão da pesquisa.

Os estudos foram organizados de formas distintas. Os resultados do Estudo A foram apresentados e discutidos de forma concomitante. No Estudo B os resultados foram descritos e a discussão apresentada posteriormente.

Estudo A: Caracterização e Avaliação dos Programas de Intervenção Precoce (PIP)

Objetivos:

- Etapa 1: Identificar e analisar, no período de 10 anos (2005-2014), as teses e dissertações produzidas em programas de pós-graduação brasileiros que tiveram o objetivo de desenvolver propostas de Programas de Intervenção Precoce para o desenvolvimento infantil.
- Etapa 2: Avaliar as propostas de Programas de Intervenção Precoce desenvolvidas nas pesquisas identificadas no Etapa anterior, com base em critérios estabelecidos na literatura da área.

MÉTODO

A pesquisa definida por revisão sistemática se refere ao processo de reunião, avaliação crítica e sintética de resultados de estudos produzidos em um período de tempo, com objetivos que atendem aos critérios de escolha definidos pelo pesquisador, podendo ou não incluir uma metanálise (COSTA; ZOLTOWSKI, 2014).

Costa e Zoltowski (2014) descreveram oito etapas básicas para se desenvolver uma pesquisa de revisão sistemática, compostas por: a) delimitação da questão de pesquisa; b) escolha das fontes de dados; c) definição das palavras chaves/ descritores para a busca; d) busca e armazenamento dos resultados; e) seleção dos trabalhos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão; f) extração dos dados dos trabalhos selecionados; g) avaliação dos trabalhos; h) síntese e interpretação dos dados.

Petticrew e Roberts (2006; apud Costa, Zoltowski, 2014) sugeriram alguns questionamentos que permitem o desdobramento da questão de pesquisa de modo a delimitá-la com maior precisão. Por exemplo, no caso de programas de intervenção, algumas definições se fazem necessárias como: identificação da população de interesse; qual a intervenção que se pretende

avaliar; com o que a intervenção está sendo comparada; quais os desfechos a ser investigados; o contexto no qual a intervenção foi desenvolvida.

Procedimento

A pesquisa como um todo foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, nos termos da resolução 466/2012 (em Anexo).

A fonte de dados foi o Banco da Biblioteca Brasileira Digital de Teses e Dissertações (BDTD). O levantamento das produções compreendeu o período de dez anos (de 2005 a 2014).

Nesta pesquisa foram identificados alguns descritores¹ inicialmente considerados importantes para os objetivos propostos, a saber: atenção precoce, estimulação precoce, estimulação essencial, estimulação infantil, estimulação do desenvolvimento infantil, intervenção precoce, vigilância do desenvolvimento e triagem do desenvolvimento com o objetivo de realizar um amplo levantamento sobre os trabalhos produzidos nesta área de conhecimento.

Esta seleção de descritores esteve apoiada na revisão de literatura na área. Todo o processo de busca na revisão sistemática foi documentado: o conjunto de descritores, os operadores booleanos (and, or, not), os critérios de inclusão e exclusão dos estudos na revisão, a delimitação temporal que neste projeto compreendeu o período dos últimos dez anos: de 2005 a 2014.

Com o objetivo de minimizar o viés, o processo de busca foi realizado por dois juízes independentes no mesmo intervalo de tempo. Os resultados da busca foram confrontados e, em seguida, procederam à classificação a partir dos critérios de inclusão e exclusão, a fim de se obter um consenso quanto ao conjunto de estudos que farão parte do “corpus” de análise. É importante salientar que esta etapa foi realizada, primeiramente, com base nos títulos das teses e dissertações e, depois nos seus resumos.

Os critérios de inclusão dos trabalhos foram utilizados ao longo das etapas de análise das informações, a saber: na primeira seleção, ou seja, realizada com base nos títulos o critério de inclusão foi que representassem pesquisas que tinham como foco o trabalho relacionado com o

¹ Estes descritores representam as expressões de conceitos que, ao longo dos últimos anos, foram utilizados para indicar a proposição de intervenção precoce. Caberá a esta pesquisa ainda apresentar uma breve descrição da evolução destes conceitos.

desenvolvimento na primeira infância. Na segunda seleção, ou seja, que consistiu em escolher os trabalhos a partir de seus resumos, os critérios de inclusão foram: propostas de intervenção precoce direta com crianças de zero a três anos² com riscos/problemas do desenvolvimento infantil e de capacitação de profissionais/família que estivessem vinculados à população infantil de zero a três anos.

Este estudo foi dividido em duas etapas com o intuito de diferenciar as análises dos dados obtidos quanto à caracterização e avaliação dos Programas de Intervenção Precoce identificados na seleção dos trabalhos.

Etapa 1

Para contemplar o objetivo desta etapa (Identificar e analisar as teses e dissertações produzidas em programas de pós-graduação brasileiros no período de 2005 a 2014 que tiveram o objetivo de desenvolver propostas de Programas de Intervenção Precoce para o desenvolvimento infantil) foi utilizado o protocolo Caracterização dos Programas de Intervenção Precoce (PIP) (Apêndice A) para descrever a natureza dos PIP que foram apresentados nas teses e dissertações no contexto brasileiro.

Etapa 2

Nesta etapa o conjunto de trabalhos foi minuciosamente explorado na sua íntegra (textos completos) para extração dos dados relevantes para a análise com base no protocolo de Avaliação dos Programas de Intervenção Precoce (PIP) (Apêndice B). Neste protocolo, de acordo com a perspectiva bioecológica, foi proposta uma análise compreensiva dos múltiplos elementos da ecologia do desenvolvimento humano: comunidade; famílias; crianças e, programas de intervenção.

² No contexto brasileiro, tanto as Diretrizes Educacionais sobre Estimulação Precoce (BRASIL, 1995) quanto a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (BRASIL, 2007), a faixa etária atendida na Estimulação Precoce foi definida de zero a três anos.

Análise de dados

Etapa 1

Para analisar os dados desta Etapa foi elaborado o protocolo Caracterização dos Programas de Intervenção Precoce (PIP) com as informações descritivas de cada estudo, como: identificação do estudo (autor, ano, instituição de origem); caracterização dos participantes (número, idade e limitações e/ou risco para o desenvolvimento); as considerações metodológicas (método, condição de controle e instrumentos de avaliação); tipos, contexto e as principais características da intervenção; as variáveis estudadas; principais resultados; limitações e proposição de estudos. Esta categorização auxiliou na avaliação crítica dos estudos, como possíveis limitações metodológicas e/ou pontos fortes dos trabalhos.

Etapa 2

Para esta análise os dados foram compilados em categorias e apresentados em quadros sínteses para cada um dos elementos que compõe a ecologia do desenvolvimento humano. Para isto foi elaborado o protocolo de Avaliação dos Programas de Intervenção Precoce a partir de Mendes (2010) para avaliar os PIP no âmbito da Comunidade, da Família, da Criança e do Programa de Intervenção. No nível da Comunidade o objetivo foi considerar os parâmetros relativos à forma de organização das redes institucionais que visavam à implementação de um PIP para crianças com atraso no desenvolvimento e/ou em situação de risco. Quanto ao nível da Família o objetivo foi operacionalizar a investigação de facilitadores que atendiam as suas necessidades, no sentido de ser construído um programa de recursos com essa finalidade. O foco na Criança teve como objetivo organizar as informações para a realização de uma avaliação objetiva e os meios necessários para a promoção do seu desenvolvimento. E, por fim, a análise no âmbito do Programa de Intervenção objetivou a operacionalização das informações referentes à funcionalidade do PIP.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta sessão os resultados serão apresentados e discutidos concomitantemente à luz da literatura da área, em função da grande quantidade de informações e detalhes que as análises evidenciaram.

O levantamento realizado no mês de Julho de 2015 na base de dados com os descritores (opção utilizada “TODOS OS TERMOS”) citados acima teve um total de 1107 trabalhos selecionados, sendo 348 de vigilância do desenvolvimento, 54 de estimulação infantil, 46 de estimulação do desenvolvimento infantil, 29 de estimulação essencial, 71 de estimulação precoce, 269 de intervenção precoce, 253 de atenção precoce e 37 de triagem do desenvolvimento infantil.

A primeira seleção efetivada nesse universo foi com base nos títulos que representassem pesquisas que tinham como foco o trabalho relacionado com o desenvolvimento na primeira infância. Neste momento foi realizada a fidedignidade com todos os descritores e o resultado de concordância obtido foi o seguinte: 98,85% para vigilância do desenvolvimento; 81,48% para estimulação infantil; 95,65% para estimulação do desenvolvimento infantil; 93,10% para estimulação essencial; 80,28% para estimulação precoce; 86,99% para intervenção precoce; 92,25% para atenção precoce e 100% para triagem do desenvolvimento infantil. Após esta análise todos os trabalhos discordantes no processo de fidedignidade foram reavaliados em conjunto para a decisão de manter ou não no grupo de estudos que iriam para a próxima etapa de seleção. Assim, ao final desta etapa restaram 236 trabalhos. Dos 1107 trabalhos encontrados a partir dos descritores utilizados apenas 236 tinham seus títulos relacionados ao desenvolvimento infantil. Com este total foi esquematizada uma relação única com todos os trabalhos selecionados e foram encontrados 85 pesquisas que se repetiam nos diferentes descritores.

A segunda seleção foi realizada a partir dos resumos das 151 pesquisas obtidas anteriormente (excluindo as 85 repetidas). Esta etapa consistiu em escolher os trabalhos a partir de seus resumos com os critérios de inclusão: propostas de intervenção precoce direta com crianças de zero a três anos com riscos/problemas do desenvolvimento infantil e de capacitação de profissionais/família que estivessem vinculados à população infantil de zero a três anos. Nesta etapa o percentil de fidedignidade foi de 95,36% e os trabalhos discordantes também foram discutidos em conjunto para decidir pela inclusão ou não na lista de pesquisas que serão analisadas.

O critério da idade da criança (zero a três anos) foi definido a partir dos dados que dizem que o sistema nervoso do recém-nascido continua a se desenvolver produzindo maciçamente as sinapses neurais e à medida que o tempo vai passando, dependendo da experiência do bebê, elas podem ser fortalecidas ou então eliminadas. Os pesquisadores do desenvolvimento argumentam que no final do segundo ano de vida a sua estrutura cerebral se aproxima da de um adulto e, a partir daí, desenvolve-se em uma velocidade menos acelerada (COLE; COLE, 2003). Segundo Leão, Assis, Silva e Mota (2014) “o desenvolvimento precoce somente será possível se tornar efetivo, se o cérebro, ainda moldável, receber os estímulos apropriados para favorecer o seu desenvolvimento, consolidando e aumentando a estabilidade socioemocional da criança” (p. 1). Richter et al. (2016) afirmam que os três primeiros anos de vida são considerados como um período de maior vulnerabilidade para o desenvolvimento humano, pois a exposição a eventos adversos nesta época provocam danos de grande importância, no entanto, os programas de intervenção quando realizados de forma efetiva no decorrer deste mesmo período podem resultar em benefícios significativos para a criança. Além disso, no contexto brasileiro, tanto as Diretrizes Educacionais sobre Estimulação Precoce (BRASIL, 1995) quanto a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (BRASIL, 2007), a faixa etária atendida na Estimulação Precoce foi definida de zero a três anos.

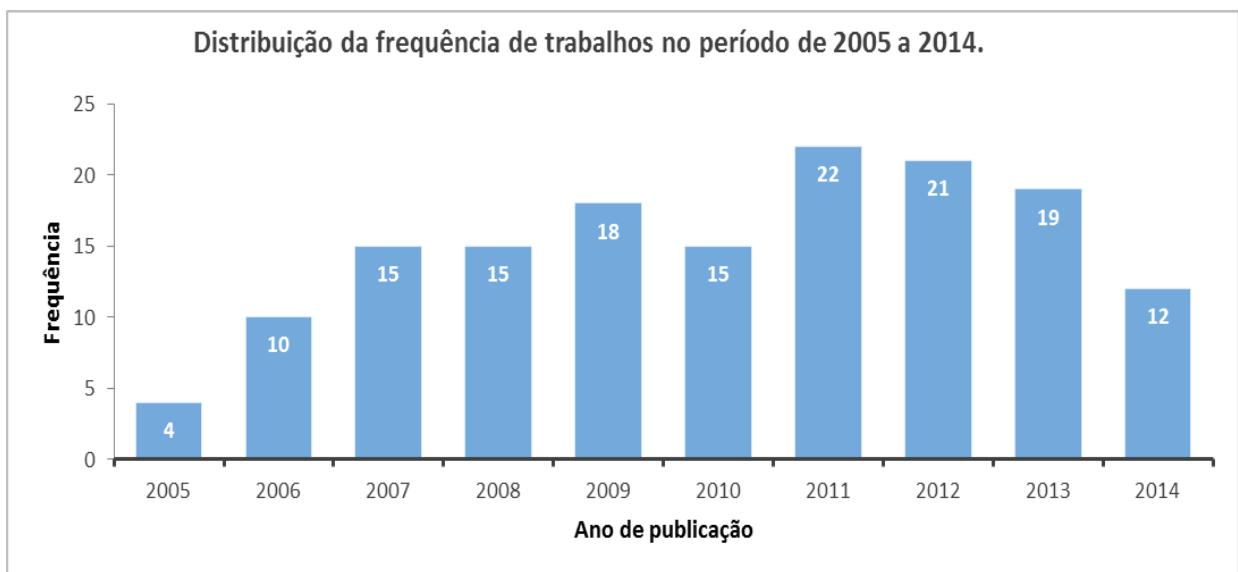


Gráfico 1: Distribuição da frequência de trabalhos selecionados a partir dos títulos no período de 2005 a 2014.

O Gráfico 1 representa a distribuição dos trabalhos selecionados a partir dos títulos no período de análise definido neste estudo (2005 a 2014) mostrando uma tendência crescente ao longo dos anos. Portanto, a última década justifica o recorte temporal escolhido para esta pesquisa, pois o período relativamente extenso garante a consolidação do conhecimento na área e a atualização dos resultados obtidos.

Deste total de 151 resumos, 25 trabalhos foram selecionados para serem analisados por completo. As 126 pesquisas excluídas foram em função de serem referentes à avaliação do desenvolvimento (41), identificação de sinais de risco/triagem (21), estudo descritivo (15), instrumentos (elaboração/avaliação/validação e características psicométricas – 14), avaliação de programas de intervenção/serviços (10), estudo de revisão (7), contribuições para a elaboração de PIP (4), conhecimento de profissionais (3), rede de apoio (2), estudo teórico (1), avaliação de relações familiares (1) e modelo animal (1). Ainda neste conjunto seis pesquisas se referiam à proposta de intervenção, porém não atendiam aos critérios de seleção uma vez que cinco não contemplavam a idade da criança (zero a três anos) e uma cujo foco da intervenção estava nas condições físicas das gestantes.

Etapa 1

A análise do protocolo de Caracterização dos Programas de Intervenção Precoce (PIP) envolveu: a identificação do estudo; os objetivos; a caracterização dos participantes; as considerações metodológicas; tipos, contexto e as principais características da intervenção; as variáveis estudadas; principais resultados; limitações e proposição de estudos futuros. Para melhor apresentação dessas informações, os resultados foram distribuídos em quadros analíticos nos quais houve uma separação dos trabalhos de intervenções em categorias denominadas de diretas, indiretas e mistas quanto ao alvo da intervenção. A categoria “intervenção direta” se refere a estudos em que o alvo da intervenção foi a criança em uma relação direta com o pesquisador, ou seja, o pesquisador atuou com a criança de zero a três anos com transtornos ou riscos/problemas do desenvolvimento para instalar novas habilidades. Por exemplo, pesquisador realizou atividades de desenvolvimento motor com a criança. Na categoria “intervenção indireta” foram incluídos os estudos nos quais o pesquisador trabalhou com um mediador que, por sua vez, pode ou não ter trabalhado com a criança. Foram considerados mediadores mães, pais, profissionais, cuidadores e professores que atuaram (ou não) com a criança, assim como alteração

ambiental para favorecer a estimulação do desenvolvimento da criança. Por exemplo, capacitação de enfermeiras para trabalharem com as mães a fim de intervir no desenvolvimento e nos problemas de comportamento da criança. Assim, o programa de intervenção, mesmo que não contasse com a participação da criança, seus efeitos as atingiriam. Finalmente, na categoria “intervenções mistas” foram incluídos estudos que envolviam o trabalho direto do pesquisador com mediadores e com a criança. Por exemplo, o pesquisador atuou junto a um mediador oferecendo capacitação sobre diferentes temas e paralelamente, também atuou com a criança visando alterar seu desenvolvimento.

✓ Estudos

No Gráfico 2 as 25 pesquisas estão distribuídas de acordo com sua frequência, o ano de publicação e os Programas de Pós-Graduação dos quais pertencem. No total foram 11 diferentes Programas de Pós-Graduação, sendo: seis trabalhos na Psicologia; seis na Educação Especial; três na Educação; dois na Saúde da Criança e do Adolescente; dois nas Ciências do Movimento Humano e, um, nos Programas Ciências Médicas: Pediatria, Ciências da Motricidade, Neurologia, Letras e Ciências Humanas, Enfermagem e Fisioterapia. Esses dados justificam não ter sido utilizado o critério de seleção de trabalhos “Programas de Pós-Graduações”, pois existia a possibilidade de algumas pesquisas não serem contempladas na seleção por terem sido realizadas em Programas que não são tradicionais na área de Intervenção Precoce para o desenvolvimento infantil. Ao todo foram oito Teses e 17 Dissertações.

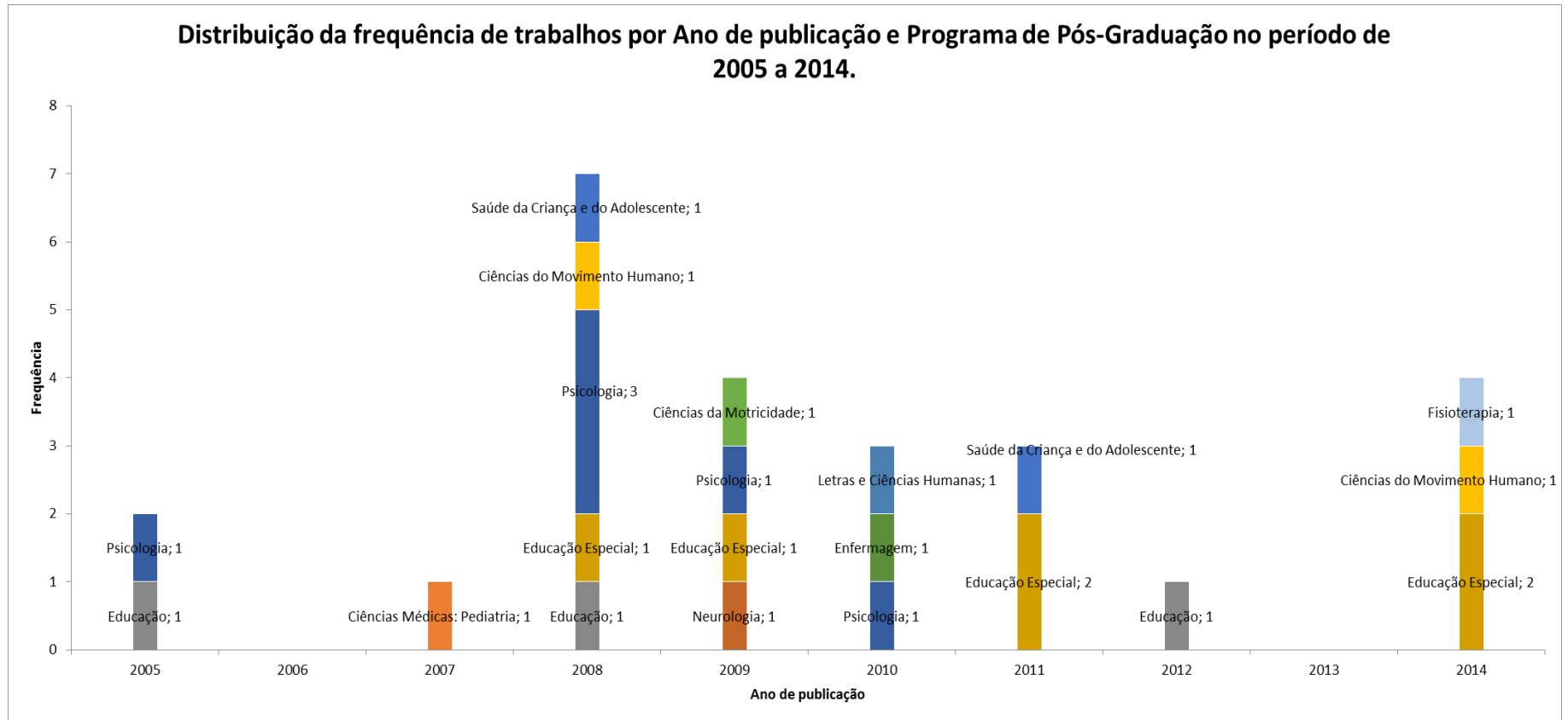


Gráfico 2: Distribuição da frequência de trabalhos selecionados a partir dos resumos por Ano de publicação e Programa de Pós-Graduação no período de 2005 a 2014.

✓ Objetivos

Tabela 1 – Objetivos dos Programas de Intervenção Precoce analisados.

Objetivos	Intervenção		
	Direta	Indireta	Mista
Programas de Capacitação para diferentes mediadores realizados com diferentes recursos (família; gestantes; profissionais como educadores, enfermeiros, universitários, etc.).	-	1, 2, 3, 4, 5, 6, 10, 11, 13, 15, 18, 19, 23	-
Estimulação no desenvolvimento em geral ou em áreas específicas (aquático, intervenção motora, sobre desenvolvimento, estimulação sinestésico, etc.)	12, 21, 22, 24, 25	-	-
Mista (Capacitação do mediador e estimulação da criança)	-	-	7, 8, 9, 14, 16, 17, 20

Nota: 1 = Gonzaga (2014); 2 = Oliveira (2008); 3 = Azevedo (2014); 4 = Neófiti (2009); 5 = Reichert (2011); 6 = Nóbrega (2008); 7 = Almeida (2009); 8 = Basso (2011); 9 = Landim (2008); 10 = Macedo (2010); 11 = Vital (2008); 12 = Müller (2008); 13 = Araújo (2012); 14 = Bernardes (2008); 15 = Bianchini (2008); 16 = Correia (2005); 17 = Kreutz (2010); 18 = Mendes (2007); 19 = Feliciano (2009); 20 = Nascimento (2010); 21 = Panceri (2014); 22 = Schlittler (2009); 23 = Silva (2011); 24 = Soares (2014); 25 = Tomaz (2005).

A Tabela 1 evidencia os objetivos dos programas de intervenção. Em tal Tabela verifica-se que programas de capacitação foram predominantes (13/25 estudos), classificados como intervenção indireta. Estes programas foram propostos para diferentes mediadores como famílias, pais, mães, cuidadores, educadores, enfermeiros, universitários, gestantes. Quanto aos objetivos que focalizaram a estimulação do desenvolvimento os dados mostraram cinco pesquisas de intervenção direta com a criança. E, por fim, a categoria que englobou as intervenções mistas, cujo foco estava tanto na capacitação de mediadores quanto na estimulação do desenvolvimento totalizou sete pesquisas, sendo considerado mediador em seis os pais/responsáveis e em um o ambiente.

Portanto, pode-se constatar que há um predomínio dos PIP que trabalharam com a capacitação, formação de mediadores para que estes pudessem intervir no desenvolvimento das crianças de alguma forma. Assim, de acordo com o estudo de Black et al. (2016) esta tendência de investir em intervenções indiretas é válida, pois as intervenções diretas, mesmo sendo vantajosas em função de sua sensibilidade quanto às variações no desenvolvimento das crianças e à sua capacidade de resposta às propostas, são muitas vezes dispendiosas, caras e demoradas

para medir, além de poderem exigir em muitas situações adaptações culturais dos instrumentos de avaliação.

Britto et al. (2016) defendem o emprego de um conjunto de programas de intervenção multissetorial para a estimulação do desenvolvimento infantil. Baseados em premissas de que o desenvolvimento humano é afetado por experiências complexas e multifacetadas, justificam a proposta de integração de diversas intervenções de forma coordenada que possam melhorar significativamente os resultados de desenvolvimento de crianças. Os autores exemplificam com intervenções que incidem nos cuidados de criação, de educação com a criança e proteção por meio de suporte e programas para desenvolvimento de habilidades parentais, cuja abordagem permite a intervenção com a família como uma unidade, mais do que com a criança individualmente. Com base nestas afirmações, as pesquisas de intervenção mistas descritas nesta revisão parecem se aproximar da condição defendida pelos autores, muito embora ainda estejam distantes de uma proposta de intervenção multissetorial, pois os autores consideram três elementos para o fortalecimento da família, a saber: a garantia de acesso a serviços de qualidade, desenvolvimento de habilidades e, suporte parentais. Por exemplo, os estudos de intervenção mista identificados nesta pesquisa focaram, principalmente, no desenvolvimento dos pais/cuidadores de habilidades para lidarem, interagirem com seus filhos de forma adequada, de acordo com as necessidades de cada um.

Argumentam que a presença dessas condições aumenta a probabilidade de as famílias proverem cuidados e educação para suas crianças. Os efeitos preditivos de cada um destes elementos isoladamente são passíveis de serem identificados, no entanto, se tornam mais significativos quando combinados em intervenções programadas de forma integrada. Além disso, também discutem a possibilidade de desenvolver um conjunto de cuidados multigeracionais, ou seja, compor estratégias de intervenção que combinem saúde e nutrição para mãe e criança, bem como elementos de cuidado, responsividade, estimulação e proteção. Desse modo, a partir das considerações de Brito et al. (2016) pode-se indicar que os programas poderiam combinar estratégias de intervenção mista, cujo foco de atenção deva incidir de modo equilibrado, tanto nas crianças, quanto nos seus cuidadores.

✓ Caracterização da amostra

Tabela 2 – Participantes envolvidos nos PIP de acordo com os tipos de intervenção empregados.

Participantes	Intervenção		
	Direta	Indireta	Mista
Gestantes		1, 2	
Mães/ pais/ cuidadores		3, 5, 10, 13, 18, 19, 23	8, 9, 14, 16, 17, 20
Educadores		4, 6, 15	
Enfermeiros		5, 10	
Crianças	12, 21, 22, 24, 25		7, 8, 9, 14, 16, 17, 20
Graduandos de Psicologia		11	

Nota: 1 = Gonzaga (2014); 2 = Oliveira (2008); 3 = Azevedo (2014); 4 = Neófiti (2009); 5 = Reichert (2011); 6 = Nóbrega (2008); 7 = Almeida (2009); 8 = Basso (2011); 9 = Landim (2008); 10 = Macedo (2010); 11 = Vital (2008); 12 = Müller (2008); 13 = Araújo (2012); 14 = Bernardes (2008); 15 = Bianchini (2008); 16 = Correia (2005); 17 = Kreutz (2010); 18 = Mendes (2007); 19 = Feliciano (2009); 20 = Nascimento (2010); 21 = Panceri (2014); 22 = Schlittler (2009); 23 = Silva (2011); 24 = Soares (2014); 25 = Tomaz (2005).

A presença das crianças nos PIP variou entre as formas de participação individual e grupos com até 96 indivíduos, quer se considere a intervenção ou os participantes controle. Passaram por estes 25 programas 499 crianças, sendo que 354 participaram da intervenção e 145 foram do grupo controle. A idade destas crianças variou entre um mês e 38 meses.

O total de estudos que trabalhou exclusivamente com a população infantil (intervenção direta) foi cinco, atingindo o número de 190 crianças, sendo 94 de grupos de intervenção e 96 de grupos controle.

Dos sete estudos classificados como intervenção mista, destaca-se o de Almeida (2009), cujo ambiente foi considerado um mediador, pois foi manipulado com o objetivo de promover o desenvolvimento da criança. Os mediadores dos estudos com intervenção mista que participaram dos PIP, juntamente com as crianças (total de 67), foram 19 pais/responsáveis. A idade destas crianças variou entre 1 e 38 meses. Quando os estudos envolvem o trabalho em conjunto (mediador e criança) ficou evidente o domínio da participação dos pais/responsáveis nas propostas, desconsiderando, assim, outros membros da família (irmãos, avós), bem como professores e outros profissionais que poderiam exercer esta função de mediador.

Nos estudos que tinham como proposta a intervenção indireta (total de 13), os mediadores foram: 13 gestantes, 110 educadores (sendo 52 de grupos de intervenção), 19 graduandos de Psicologia, 477 responsáveis/cuidadores com profissionais (enfermeiras-49, babá-1), 125 responsáveis/cuidadores (sendo 73 de grupos de intervenção). Quanto à idade das crianças, os PIP tinham como foco atingir indiretamente o desenvolvimento tanto crianças entre zero a 36

meses como aqueles bebês que ainda não tinham nascido. Assim, quando os estudos envolveram outros profissionais ou cuidadores foram propostas referentes à capacitação destes participantes e não um trabalho no qual o objetivo era intervir nesta relação direta entre o mediador e a criança.

A Tabela 2 descreve os participantes em função do tipo de intervenção, o que evidencia que os principais alvos da intervenção são os pais e as crianças nos PIP. Estes dados revelam uma possibilidade de abertura à concepção de intervenção precoce na direção do que a literatura na área aponta, pois há uma maior abrangência de envolvidos, porém ainda os programas têm se centrado em apenas um único setor (educação, saúde, família). Black et al. (2016) apontam que há uma urgência em ampliar a abrangência das propostas interventivas de forma a integrar áreas como: saúde, nutrição, segurança e proteção, cuidadores responsivos e aprendizagem precoce, o que tem sido identificada como intervenção multissetorial.

✓ Limitações e/ou risco para o desenvolvimento

Tabela 3 – Limitações e/ou risco dos participantes alvos dos PIP.

Limitações e/ou risco para o desenvolvimento	Intervenção		
	Direta	Indireta	Mista
Risco	12, 21, 22, 24	2, 11, 13, 18, 19	9, 16
Prevenção	25	1, 4, 5, 6, 10, 15	7
Deficiências variadas (deficiência visual, deficiência auditiva, síndrome de Down, autismo)	-	3, 23	8, 14, 17, 20

Nota: 1 = Gonzaga (2014); 2 = Oliveira (2008); 3 = Azevedo (2014); 4 = Neófiti (2009); 5 = Reichert (2011); 6 = Nóbrega (2008); 7 = Almeida (2009); 8 = Basso (2011); 9 = Landim (2008); 10 = Macedo (2010); 11 = Vital (2008); 12 = Müller (2008); 13 = Araújo (2012); 14 = Bernardes (2008); 15 = Bianchini (2008); 16 = Correia (2005); 17 = Kreutz (2010); 18 = Mendes (2007); 19 = Feliciano (2009); 20 = Nascimento (2010); 21 = Panceri (2014); 22 = Schlittler (2009); 23 = Silva (2011); 24 = Soares (2014); 25 = Tomaz (2005).

Quanto às limitações e/ou riscos para o desenvolvimento foi possível observar, conforme indica a Tabela 3, que para a categoria Risco há uma maior incidência dos estudos analisados, ou seja, 11 do total de 25. Os tipos de riscos foram variados como: sofrimento psíquico, autismo, pré-termo e muito baixo peso, atrasos no desenvolvimento, atrasos motores, atrasos na linguagem, doenças respiratórias.

Na categoria Prevenção seis trabalhos foram relacionados à intervenção indireta e apenas um nas intervenções direta e mista. O público-alvo presente no primeiro grupo foi gestantes

(GONZAGA, 2014), educadores (NEÓFITI, 2009; NÓBREGA, 2008; BIANCHINI, 2008), enfermeiros (REICHERT, 2011) e um trabalho com enfermeiros e cuidadores (MACEDO, 2010). O estudo classificado como misto foi em realizado creches filantrópicas.

E quanto às Deficiências cada um dos seis estudos trabalhou com um tipo de população de crianças deficientes. Estas deficiências abrangiam o autismo (BERNARDES, 2008); síndrome de Down (SILVA, 2011); deficiência visual (KREUTZ, 2010); deficiência auditiva (NASCIMENTO, 2010); grupo com síndrome de Down, atraso no desenvolvimento psicomotor e paralisia cerebral (BASSO, 2011); e grupo com síndrome de Down, autismo, mielomeningocele e artrogripose (AZEVEDO, 2014).

É importante ressaltar a variedade da clientela público alvo dos Programas de Intervenção Precoce e que estes no Brasil estão mais voltados para a população de risco e, em menor escala, para a população deficiente e programas de caráter preventivo. Assim, o foco na prevenção primária está no mesmo patamar da prevenção terciária.

O destaque de estudos que se preocuparam no nível da prevenção secundária converge com as informações apresentadas por Black (2016) quando descrevem as associações positivas entre os cuidados de criação oferecidos à criança e sua saúde, seu crescimento e seu desenvolvimento, com o embasamento das evidências da neurociência que ressaltam que o cuidado na primeira infância atenua os efeitos prejudiciais no desenvolvimento cerebral provocado pelas precárias condições socioeconômicas. Um dado fundamental que ressalta a importância deste cuidado é a questão dos fatores de risco presentes no ambiente no qual a criança está inserida não ser, muitas vezes, visível no seu desenvolvimento até os três anos (GLASCOE, 2000).

Considerando os fatores de risco, os autores anteriormente citados destacam que a extrema pobreza aumenta a probabilidade das crianças serem expostas às adversidades múltiplas, como estresse familiar, negligência ou abuso infantil, precariedade da alimentação e exposição à violência, que muitas vezes são agravadas por viverem em comunidades com recursos limitados. O acúmulo dessas adversidades é frequentemente mais prejudicial para o desenvolvimento infantil do que a presença de apenas uma condição adversa.

Em seu estudo Echor (2003) também enfatiza que a investigação do histórico do desenvolvimento infantil não pode focar apenas nas características das crianças, mas incluir os fatores de risco que interferem em seu desenvolvimento. Situações de pobreza, insegurança,

violência familiar e condição de saúde da família são, condições decisivas para o desenvolvimento infantil do que a presença de doenças biológicas.

O baixo número de intervenções preventivas é um dado importante para refletir sobre a abrangência das propostas, uma vez que quanto mais direcionadas forem as condições de limitações e/ou risco para o desenvolvimento maior é a tendência de restringir o foco da intervenção para as necessidades, as demandas do público alvo.

Juntamente com este pequeno índice de estudos que propõe ações preventivas pode-se também destacar a conduta remediativa dos pais/responsáveis das crianças encontrada nos estudos de Vitolo, Gama e Campagnolo (2010) que identificaram a baixa frequência da população no atendimento de puericultura e que a razão da procura do atendimento médico é alguma doença e, de Sigolo (2011), que ressaltou a prevalência das queixas nos Programas de Saúde da Família estava relacionada a alguma doença e uma baixa incidência de consultas de rotina ou sem queixa específica.

Além disso, Pérez-Ramos (1990) destaca que o foco da prevenção primária está no cuidado da população infantil com o desenvolvimento típico com o objetivo de fortalecer, tanto o desenvolvimento da criança, quanto o papel mediador dos pais. Porém, os dados obtidos nesta pesquisa mostraram a existência de apenas um estudo misto de caráter preventivo, focaram nas áreas de prevenção secundária e terciária, sendo esta com maior demanda.

✓ Método e condição de controle

Tabela 4 – Métodos de pesquisa empregados nos estudos que envolveram os PIP.

Método	Intervenção		
	Direta	Indireta	Mista
Experimental			
Estudo de caso instantâneo	-	13, 15	16, 17
Pré e pós-teste com um grupo	12	3, 5, 11, 23	8
Pré e pós-teste com grupo controle não equivalente	21, 22, 24, 25	1, 6, 18	7
Pré e pós-teste com grupo controle equivalente	-	4	-
Psicanalítico-interpretativo	-	2, 19	9, 14
Correlacional	-	3	-
Pesquisa-ação	-	10	-
Pesquisa participante	-	-	20

Nota: 1 = Gonzaga (2014); 2 = Oliveira (2008); 3 = Azevedo (2014); 4 = Neófiti (2009); 5 = Reichert (2011); 6 = Nóbrega (2008); 7 = Almeida (2009); 8 = Basso (2011); 9 = Landim (2008); 10 = Macedo (2010); 11 = Vital (2008); 12 = Müller (2008); 13 = Araújo (2012); 14 = Bernardes (2008); 15 = Bianchini (2008); 16 = Correia (2005); 17 = Kreutz (2010); 18 = Mendes (2007); 19 = Feliciano (2009); 20 = Nascimento (2010); 21 = Panceri (2014); 22 = Schlittler (2009); 23 = Silva (2011); 24 = Soares (2014); 25 = Tomaz (2005).

Para a análise dos métodos empregados nos estudos selecionados, indicada na Tabela 4, foram utilizadas como base as orientações de Cozby (2003) para delineamentos experimentais: quatro estudos de caso instantâneo (com medidas de variáveis e sem grupo de comparação); seis delineamentos de pré-teste e pós-teste com um grupo; oito delineamentos com grupo de controle não equivalente, um delineamento com grupo controle equivalente e um estudo correlacional. Salienta-se que uma pesquisa foi classificada como experimental e correlacional. No entanto, para seis estudos não foi possível adotar esta classificação, sendo quatro de natureza psicanalítica-interpretativa, um pesquisa-ação e um pesquisa participante.

Quanto à avaliação de follow-up apenas três trabalhos apresentaram esta medida (GONZAGA, 2014; FELICIANO, 2009; SILVA, 2011) e quanto à condição de controle empregada oito pesquisas apresentaram um grupo de controle não equivalente e uma apresentou um grupo controle equivalente.

Os delineamentos dos programas apresentaram algumas formas de controle consideradas fracas, o que dificulta analisar com relativo grau de confiança os resultados alcançados por eles. As medidas de follow-up foram empregadas em apenas três trabalhos, indicando assim baixo nível de preocupação com a manutenção das mudanças conquistadas com as propostas de intervenção.

Por se tratarem de pesquisas que têm como objetivo a proposição de Programas de Intervenção entende-se que mínimas condições de controle experimentais precisariam estar presentes para que os resultados positivos pudessem ser atribuídos exclusivamente à efetividade da proposta (CAMPBELL; STANLEY, 1979). Além disso, vale destacar que estudos experimentais permitem explicações de melhora por hipóteses rivais, uma vez que o delineamento usado (na maioria pré e pós-teste) é fraco.

Os delineamentos de pesquisa empregados nesta revisão revelam certas limitações. Por exemplo, os delineamentos com grupos com pré e pós-teste podem indicar que o índice de mudança de uma condição para a outra se refere a outras razões que não resultam das intervenções, como: história, maturação, teste, desgaste do instrumento. Por outro lado, quando os grupos controles não são equivalentes, a diferença alcançada nos resultados pode advir de problemas relativos a seleção dos sujeitos e não a questões relativas aos programas de intervenção precoce. Os estudos de caso instantâneo revelam deficiências sérias para identificar possíveis efeitos de uma variável independente sobre a dependente, como no caso das pesquisas que envolvem programas de intervenção precoce. Nas pesquisas correlacionais a dificuldade está em se ter uma terceira variável não relacionada que interfere na relação das duas variáveis de interesse, prejudicando a confiabilidade dos resultados obtidos (COZBY, 2003). Como foi possível perceber os delineamentos apresentados pelas pesquisas apresentam em sua grande maioria fraqueza metodológica que repercute na possibilidade de ter suas produções publicadas em revistas indexadas, comprometendo significativamente o avanço do conhecimento na área.

✓ Instrumentos

Tabela 5 - Áreas de avaliação dos instrumentos utilizados nos PIP.

Áreas dos Instrumentos	Intervenção					
	Direta		Indireta		Mista	
	P	NP	P	NP	P	NP
Contexto sócio econômico	21		3, 6			
Característica da amostra		21		4, 18		17, 20
Desenvolvimento infantil	12, 21, 22		6, 11, 23		7, 9, 19	8, 17
Avaliação de autismo			13		16	
Avaliação pedagógica						20
Observação do comportamento		24		15		
Anamnese/Entrevista				2, 13, 19		7, 8
Maus tratos infantis			1			
Conhecimento sobre desenvolvimento			1	4, 5, 6		
Prática da vigilância do desenvolvimento				5		
Caracterização do sistema familiar			23			
Avaliação do ambiente familiar	12, 21		13, 23			
O papel do pai			23			
Interação intrafamiliar				23		17
Necessidades da família			3			
Recursos e fatores de risco na família			23			
Avaliação da intervenção				1, 3, 4, 10, 11, 13, 15, 19		17
Diário de campo				1, 13, 15		

Nota: 1 = Gonzaga (2014); 2 = Oliveira (2008); 3 = Azevedo (2014); 4 = Neófiti (2009); 5 = Reichert (2011); 6 = Nóbrega (2008); 7 = Almeida (2009); 8 = Basso (2011); 9 = Landim (2008); 10 = Macedo (2010); 11 = Vital (2008); 12 = Müller (2008); 13 = Araújo (2012); 14 = Bernardes (2008); 15 = Bianchini (2008); 16 = Correia (2005); 17 = Kreutz (2010); 18 = Mendes (2007); 19 = Feliciano (2009); 20 = Nascimento (2010); 21 = Panceri (2014); 22 = Schlittler (2009); 23 = Silva (2011); 24 = Soares (2014); 25 = Tomaz (2005).

Dos 25 estudos, dois não utilizaram qualquer instrumento de avaliação (BERNARDES, 2008; TOMAZ, 2005). Assim, os quatro estudos de intervenção direta utilizaram instrumentos para analisar cinco diferentes dimensões, todas relacionadas, de alguma forma, ao desenvolvimento infantil. Para as pesquisas de intervenção indireta, os 13 trabalhos empregaram instrumentos que tinham como objetivos analisarem 17 diferentes dimensões, por exemplo avaliação do contexto, avaliação do desenvolvimento infantil ou de alguma condição da criança, avaliação de variáveis do contexto familiar, conhecimento sobre desenvolvimento e prática de vigilância e avaliação da intervenção. E, para as intervenções mistas, foram um total de sete dimensões mensuradas pelos instrumentos utilizados, como característica da amostra,

desenvolvimento infantil, avaliação pedagógica, anamnese, interação intrafamiliar, avaliação do autismo e avaliação da intervenção.

Nos 23 estudos, conforme indicados na Tabela 5, que usaram instrumentos nas avaliações foram identificados que oito empregaram instrumentos padronizados e não padronizados, 11 utilizaram exclusivamente instrumentos não padronizados e quatro instrumentos padronizados exclusivamente.

Para as pesquisas que fizeram uso de instrumentos não padronizados foram identificadas 24 incidências de instrumentos baseados em relatos orais ou escritos e oito incidências de instrumentos que utilizam o recurso da observação. Destes últimos foram encontrados instrumentos com nível de estruturação diversificado, variando desde versões como diários de campo até protocolos para análise de interação mãe-criança, pai-criança, mãe-pai-criança.

Estes dados revelam uma considerável incidência de instrumentos padronizados e não padronizados, além de uma variedade para obter as mesmas informações. Estas condições acabam refletindo na dificuldade de comparação entre os resultados e na consolidação destes achados; na discussão dos resultados obtidos com a literatura; além de poder interferir de forma negativa na consolidação desta área do conhecimento.

Outra questão importante a ressaltar são os dados da Academia Americana de Pediatria (COMMITTEE ON CHILDREN WITH DISABILITIES, 2001) que a importância do uso de testes padronizados na avaliação do desenvolvimento infantil, pois estes apresentam de 70 a 90% de sensibilidade e especificidade, enquanto menos de 30% das crianças com alguma alteração no desenvolvimento são identificadas quando a avaliação clínica é utilizada como método de triagem.

Quadro 1 – Relação das áreas avaliadas e os instrumentos padronizados correspondentes empregados nos estudos sobre PIP.

Áreas dos Instrumentos	Instrumentos Padronizados
Contexto sócio econômico	Critério Brasil (3, 21)
Desenvolvimento infantil	Checklist extraído do The Oregon Project (17) Bayley Scales of Infant Development (6, 7,12, 21) Alberta Infant Motor Scale (12, 21, 22) Inventário Portage Operacionalizado (11, 23) Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil (9)
Avaliação do autismo	Childhood Autism Rating (CARS) (13) M-CHAT (16) CHAT (16)
Maus tratos infantis	Inventário de Potencial de Maus-Tratos Infantis (CAP) (1)
Conhecimento sobre desenvolvimento	Knowledge of Infant Development Inventory (KIDI) (1)
Caracterização do sistema familiar	Questionário de Caracterização do Sistema Familiar (23)
Avaliação do ambiente familiar	Inventário Home (3, 23) Affordances in the Home Environment for Motor Development Self-Report (AHEMD) (12, 21) Joy and Fun Assessment (JAFA) (13)
O papel do pai	Entrevista de Caracterização do Papel do Pai Brasileiro na Educação da Criança com Deficiência Mental (23)
Necessidades da família	Questionário sobre as Necessidades das Famílias (QNF) (3)
Recursos e fatores de risco na família	Inventário de Depressão de Beck (23) Questionário de Recursos e Estresses na forma resumida (QRS-F) (3, 23) Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) (23) Questionário de Suporte Social (23) Escala de Senso de Competência Parental (PSOC) (23) Escala de Coesão Adaptabilidade Familiar (FACES III) (23) Inventário de Estratégias de Coping (23) Escala de Satisfação Conjugal (23) Escala de Empoderamento da Família (FES) (3, 23)

Nota: 1 = Gonzaga (2014); 3 = Azevedo (2014); 6 = Nóbrega (2008); 7 = Almeida (2009); 9 = Landim (2008); 11 = Vital (2008); 12 = Müller (2008); 13 = Araújo (2012); 16 = Correia (2005); 17 = Kreutz (2010); 21 = Panceri (2014); 22 = Schlittler (2009); 23 = Silva (2011).

Ao se voltar a atenção para os instrumentos padronizados como evidencia a Quadro 1, se conclui que para cada dimensão analisada foi possível verificar a utilização de vários instrumentos. Desta forma, é importante ressaltar a diversidade de instrumentos utilizados para esta finalidade, ou seja, não há uniformidade entre os profissionais de quais instrumentos são úteis, confiáveis e necessários para avaliar Programas de Intervenção Precoce. Com esta observação não se pretende negar as especificidades dos estudos e seus objetivos.

A Escala Bayley é a mais escolhida entre os instrumentos que pretendem avaliar o desenvolvimento infantil. Já os recursos e fatores de risco na família foram avaliados com nove instrumentos distintos. Revela ainda que para análise do ambiente familiar foram empregados três diferentes recursos avaliativos. Esta profusão na escolha dos instrumentos a serem aplicados em estudos sobre programas de intervenção precoce aponta para a necessidade de estudos analíticos das finalidades, limites e alcances de cada recurso para cada dimensão avaliada.

Estes dados podem fortalecer, por exemplo, a conduta médica em não utilizar instrumentos para avaliar fatores de risco e/ou atraso no desenvolvimento infantil em sua rotina, como destacam os estudos de Glascoe (2000), Committee on children with disabilities– Academia Americana de Pediatria (2001), Sand et al. (2005) e Sigolo (2011). Ou seja, além das justificativas desses profissionais para não utilizarem um instrumento padronizado em suas consultas (falta de profissionais, grande demanda de pacientes, escassez de tempo das consultas), a diversidade de instrumentos também poderia ser mais um empecilho para esta prática.

✓ Tipo de intervenção

Para a classificação dos Programas quanto aos tipos de intervenção baseou-se nas propostas de Dunst (2000) e Dunst, Johanson, Trivette e Hamby (1991). A primeira refere-se à definição de características de abordagem contrastantes para a conceituação e implementação de programas de intervenção precoce identificados como *Paradigma Tradicional* e *Novo Paradigma*. A segunda proposta descreve um contínuo de quatro modelos que caracterizavam as práticas profissionais e a relação que estabeleciam com a família, são eles: *Modelos centrado no profissional, aliado à família, focado à família e centrado na família*.

Tabela 6 – Distribuição dos estudos quanto aos paradigmas e modelos empregados nos PIP.

Tipo de intervenção	Intervenção		
	Direta	Indireta	Mista
Paradigma tradicional	12, 21, 22, 24, 25	1, 2, 3, 4, 5, 6, 10, 11, 13, 15, 18, 19	7, 8, 9, 14, 16, 17, 20
Paradigma novo	25	1, 3, 10, 13, 18, 19, 23	8, 9, 17, 20
Modelo centrado no profissional	12, 21, 22, 24, 25	2, 4, 5, 6, 11, 15	7, 14
Modelo aliado à família	-	1, 3, 10, 13, 18, 19	8, 9, 16, 20
Modelo focado na família	-	-	17
Modelo centrado na família	-	23	-

Nota: 1 = Gonzaga (2014); 2 = Oliveira (2008); 3 = Azevedo (2014); 4 = Neófiti (2009); 5 = Reichert (2011); 6 = Nóbrega (2008); 7 = Almeida (2009); 8 = Basso (2011); 9 = Landim (2008); 10 = Macedo (2010); 11 = Vital (2008); 12 = Müller (2008); 13 = Araújo (2012); 14 = Bernardes (2008); 15 = Bianchini (2008); 16 = Correia (2005); 17 = Kreutz (2010); 18 = Mendes (2007); 19 = Feliciano (2009); 20 = Nascimento (2010); 21 = Panceri (2014); 22 = Schlittler (2009); 23 = Silva (2011); 24 = Soares (2014); 25 = Tomaz (2005).

Do total de 25 estudos, como indicado na Tabela 6, 13 atendiam os requisitos do *Paradigma Tradicional* e do *Modelo centrado no profissional*, pois dependiam do saber profissional para resolver a demanda apresentada, os programas eram focados na correção dos déficits da população alvo, as práticas de intervenção eram baseadas nos serviços dos profissionais e as necessidades de cada população eram determinadas pelos próprios profissionais a partir da sua própria perspectiva.

Dez pesquisas apresentaram características dos dois tipos de Paradigmas (*Tradicional* e *Novo*), sendo que nove estavam relacionadas ao *Modelo aliado à família*, pois expuseram uma preocupação em inserir os pais no processo de intervenção, ou seja, a família era considerada capaz de implementar este programa, porém a decisão do trabalho que seria desenvolvido ainda estava designada como função do profissional. A proposta de Kreutz (2010) apresentava características do *Modelo focado na família*, pois havia o reconhecimento da importância e da competência dos pais, bem como a consideração das suas necessidades e prioridades. E, por fim, o estudo de Silva (2011) apresentou exclusivamente características do *Paradigma Novo* e do *Modelo centrado na família*, no qual a família era considerada um sistema e o foco do processo de intervenção era as situações familiares e seus contextos sociais.

A avaliação somente dos *Paradigmas* revela que 52% dos estudos foram classificados como *Tradicional* (13 estudos), 44% apresentam características de ambos (11 estudos) e, apenas 4% (1

estudo) representa o *Novo Paradigma*. Quanto aos *Modelos* 52% foram classificados como *centrado no profissional*, 40% (10 estudos) como *aliado à família* e 4% (1 estudo) para o *focado na família* e para o *centrado na família*.

Assim, neste conjunto de trabalhos analisados no período de 2005 a 2014, ainda pode-se afirmar que praticamente metade foi estruturada no paradigma tradicional, empregando um modelo de atuação centrado no profissional. No entanto, embora timidamente, também se percebe traços de mudanças em direção ao paradigma novo no qual a família passa a se configurar como mais ativa neste processo.

Estes achados majoritários indicam que as pesquisas realizadas no país permanecem com o olhar predominante na importância do profissional para a resolução do problema (visto como perito), bem como uma prática que objetiva a correção ou a suavização das limitações, e as práticas interventivas definidas em função dos serviços que os profissionais possam oferecer, como sistematizado por Dunst (2000).

E, mesmo que estes dados revelem um processo gradativo, um movimento de mudança das propostas em direção ao Novo Paradigma e ao Modelo centrado na família, ainda convergem com o que apontaram Graça et al. (2010) e Dessen e Silva (2004) em seus estudos, ou seja, que apesar do reconhecimento da importância deste Modelo centrado na família a realidade revela que os serviços prestados ainda não funcionam nesta direção e, que, no Brasil as intervenções ainda estão muito distantes do atendimento necessário para esta proposta, respectivamente.

Promover o desenvolvimento de crianças talvez não seja uma tarefa fácil, cada criança tem experiência particular de vida e há inúmeras possibilidades de se efetivamente promover o seu desenvolvimento. De acordo com a perspectiva bioecológica há algumas influências ambientais que exercem efeitos diretos no desenvolvimento infantil enquanto que outras podem ser consideradas como indiretas. Assim sendo, pode-se afirmar que cuidadores que passam maior parte do tempo com a criança podem provocar efeitos diretos no seu desenvolvimento, enquanto que os profissionais da intervenção precoce dispõem de pouco tempo disponível com a criança e portanto, suas ações podem exercer efeitos indiretos no desenvolvimento infantil. Tendo em vista estes pressupostos, o campo da intervenção precoce sofreu algumas alterações significativas, deixou de ter o foco voltado exclusivamente para o desenvolvimento infantil e o ampliou para a prestação e coordenação de apoios às pessoas que fazem parte da vida da criança, incluindo

nessa mudança o conhecimento tanto sobre os tipos de apoios a serem ofertados, quanto sobre o modo pelo qual serão disponibilizados. Assim, um levantamento inicial de necessidades familiares, dos apoios formais e informais de que dispõem e das redes sociais de interação disponíveis são fundamentais para se traçar um plano de intervenção precoce adequado (JUNG, 2012).

✓ Contexto da intervenção

Tabela 7 – Contextos de realização dos PIP.

Contexto	Intervenção		
	Direta	Indireta	Mista
Creches	12, 25	4, 5, 11, 15	7, 20
Dependências da Universidade	24	3, 11	8, 14, 17
Residência dos participantes	12	1, 13, 19, 23	9, 16
Unidades de Saúde municipais		1, 2, 6, 10	
Hospital	21	18	
Instituição especializada	22		

Nota: 1 = Gonzaga (2014); 2 = Oliveira (2008); 3 = Azevedo (2014); 4 = Neófiti (2009); 5 = Reichert (2011); 6 = Nóbrega (2008); 7 = Almeida (2009); 8 = Basso (2011); 9 = Landim (2008); 10 = Macedo (2010); 11 = Vital (2008); 12 = Müller (2008); 13 = Araújo (2012); 14 = Bernardes (2008); 15 = Bianchini (2008); 16 = Correia (2005); 17 = Kreutz (2010); 18 = Mendes (2007); 19 = Feliciano (2009); 20 = Nascimento (2010); 21 = Panceri (2014); 22 = Schlittler (2009); 23 = Silva (2011); 24 = Soares (2014); 25 = Tomaz (2005).

Quanto aos contextos nos quais as intervenções foram realizadas pode-se citar as dependências de Universidades (6), creches (8), Unidades de Saúde municipais (4), residência dos participantes (7), hospital (2) e instituição especializada (1), de acordo com a Tabela 8. Destaca-se que três destes trabalhos foram desenvolvidos em dois contextos diferentes: Gonzaga (2014), residência dos participantes e Unidade de Saúde municipal; Müller (2008), residência dos participantes e creche e, Vital (2008), dependências da Universidade e creches.

Importante ressaltar que os contextos foram bem variados com maior frequência de creches e residências, mas destaca-se também que muitos estudos estiveram ligados à Universidade. Porém, poucas pesquisas ocorreram nas Unidades de Saúde municipais, um local de extrema importância para detecção e intervenção precoces com crianças e famílias.

Considerando que a equipe do Programa de Saúde da Família tem como função o acompanhamento de saúde da comunidade com ações de promoção de saúde; prevenção,

recuperação e reabilitação de doenças; além da manutenção da saúde desta população (BRASIL, 2009), estes locais seriam de fundamental importância para a realização de ações voltadas para o âmbito preventivo na promoção do desenvolvimento infantil. Estes dados convergem com os obtidos no estudo de Sigolo (2011), pois mesmo reconhecendo a importância da avaliação e do acompanhamento do desenvolvimento infantil nos Programas de Saúde da Família, os médicos e enfermeiras de um município não realizavam esta conduta em suas rotinas de trabalho. Além disso, a autora ressalta a importância destas equipes terem condições de exercerem suas funções, pois é a partir deste funcionamento adequado que os outros níveis de atendimentos à população conseguirão absorver a demanda existente. Há um efeito cascata no Sistema Único de Saúde quando o espaço destinado à atenção primária não funciona adequadamente, sobrecarregando, assim, os outros níveis de cuidados secundários e terciários à população.

Outro dado que enfatiza a importância dos profissionais da atenção primária é a indicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) quanto ao fato de que os profissionais da saúde deveriam estar capacitados para o trabalho de identificação dos sinais precoces de atraso no desenvolvimento infantil e encaminhamento destas crianças para atendimentos especializados de acordo com sua necessidade.

✓ Características da intervenção

Quadro 2 – Tipo de intervenção, frequência de encontros, periodicidade e duração dos PIP.

Tipo de intervenção	Trabalho	Nº de sessões/ encontros	Periodicidade/ duração de cada encontro	Duração total
INDIRETA	1	6	-	12 horas/ 2 meses
	2	8	-	8 horas
	3	9	Semanal/ 2 horas ³	18 horas
	4	6	Mensal/ 2 horas	12 horas/6 meses
	5	3	-	48 horas
	6	6	Mensal/ 2 horas	12 horas/ 6 meses
	10	4	Mensal	4 meses
	11	12	Quinzenal ou semanal	6 meses ou 3 meses
	13	25	Semanal/ 4 h	100 horas/ 7 meses
	15	32	2 vezes por semana/ 30 m	16 horas/ 4 meses
	18	4	Diária/ 1 hora	Tempo de internação
	19	4 a 6	Semanal/ até 1h30min	-
	23	76	Semanal/ 5 h	393 horas/ 19 meses
MISTA	7	-	3 a 4 vezes por semana	-
	8	27	2 vezes por semana/ 45m	20,25 horas/ 4 meses
	9	24	Semanal/ 30m	12 horas/ 4 a 6 meses
	14	52	Semanal	15 meses
	16	-	2 vezes por semana/2h30m	120 horas/ 6 meses
	17	-	Semanal	3 meses
	20	-	2 vezes por semana	-
DIRETA	12	24	2 vezes por semana/30m	12 horas/ 3 meses
	21	-	Diária/ 30 min.	Tempo de internação
	22	Até 64	2 vezes por semana	Até 8 meses
	24	1	Única	4 minutos
	25	-	Diária/ 30 a 40 minutos	Até 2 meses

Nota: 1 = Gonzaga (2014); 2 = Oliveira (2008); 3 = Azevedo (2014); 4 = Neófiti (2009); 5 = Reichert (2011); 6 = Nóbrega (2008); 7 = Almeida (2009); 8 = Basso (2011); 9 = Landim (2008); 10 = Macedo (2010); 11 = Vital (2008); 12 = Müller (2008); 13 = Araújo (2012); 14 = Bernardes (2008); 15 = Bianchini (2008); 16 = Correia (2005); 17 = Kreutz (2010); 18 = Mendes (2007); 19 = Feliciano (2009); 20 = Nascimento (2010); 21 = Panceri (2014); 22 = Schlittler (2009); 23 = Silva (2011); 24 = Soares (2014); 25 = Tomaz (2005).

Como evidenciado no Quadro 2, as intervenções indiretas tiveram um amplo espectro de duração, de oito e 393 horas, sendo a que teve maior extensão no tempo foi de 19 meses de

³ Em vermelho - dado calculado pela autora da tese a partir de informações obtidas nos estudos.

trabalho. A frequência de sessões compreendeu entre três e 76, com periodicidade diária, quinzenal, semanal e mensal, sendo que três dos estudos não informaram esta última condição.

Quanto ao grupo de pesquisas de intervenção mista, a duração dos PIP contemplou o período de 12 a 120 horas, com uma frequência de 24 a 52 encontros em três dos sete estudos desta categoria e em uma periodicidade que variou entre uma, duas, três e quatro vezes na semana. A intervenção mais extensa no tempo neste grupo de estudos teve a duração de 15 meses.

As intervenções diretas apresentaram duração total variando entre quatro minutos a 12 horas, cuja frequência de sessões englobou uma grande variação de um a 64 encontros e a periodicidade variou entre sessão única, diária e duas vezes na semana. A maior extensão de tempo registrada foi de oito meses.

Desse modo, os dados parecem indicar de forma ainda pouco segura que as intervenções indiretas tendem a ser mais extensas no tempo quando comparadas às diretas. No entanto, destaca-se que vários estudos não apontaram claramente toda esta descrição feita (número de sessões, periodicidade e duração total do PIP), variáveis estas, importantes para a replicação de estudos e análise da efetividade dos programas propostos, dificultando uma análise comparativa entre os tipos de intervenção. Futuros estudos deveriam elucidar as razões de tal diferença.

Portanto, os dados apresentados no Quadro 2 não permitem assegurar características específicas em função do tipo de intervenção empregado, devido à ausência de informações sobre o número de encontros, a sua duração e periodicidade; utilização de parâmetros distintos para descrever detalhes dos procedimentos de intervenção e significativa variabilidade nas condições de oferecimento dos programas.

De acordo com Britto et al. (2016) os programas parentais apresentam ampla variedade na sua duração e não apresentam correlações claras entre o tempo de intervenção e os efeitos produzidos. O que pareceu ter influência sobre os resultados foram os modelos de intervenção empregados, ou seja, a combinação de sessões em grupo e visitas domiciliares produziram melhores resultados comparada a utilização de uma única estratégia, como por exemplo, apenas as visitas domiciliares. Portanto, a diversificação de técnicas de mudanças comportamentais parece ser uma condição que garante a efetividade dos programas.

✓ Habilidades/comportamentos alvo da intervenção

Quadro 3 – Habilidades e comportamentos alvo da intervenção distribuídos nos diferentes tipos de intervenção.

Habilidades/comportamentos alvo da intervenção			Intervenção		
			D	I	M
Criança	Desenvolvimento	Psicomotor	12, 21	10, 23	7, 8
		Motor	22		
		Ling./comunicação		13	16, 20
		Cognitivo	25		
		Competência social		13	
Profissional e Família		Percepção tátil e cinestésica		18	
		Comportamento	24	15	7
		Capacitação do profissional/família		1, 3, 4, 5, 6, 11	
		Interação profissional-criança		13	
		Vínculo/relação pais-criança		2, 19, 23	9, 14, 17
	Contexto familiar		23		

Nota: 1 = Gonzaga (2014); 2 = Oliveira (2008); 3 = Azevedo (2014); 4 = Neófiti (2009); 5 = Reichert (2011); 6 = Nóbrega (2008); 7 = Almeida (2009); 8 = Basso (2011); 9 = Landim (2008); 10 = Macedo (2010); 11 = Vital (2008); 12 = Müller (2008); 13 = Araújo (2012); 14 = Bernardes (2008); 15 = Bianchini (2008); 16 = Correia (2005); 17 = Kreutz (2010); 18 = Mendes (2007); 19 = Feliciano (2009); 20 = Nascimento (2010); 21 = Panceri (2014); 22 = Schlittler (2009); 23 = Silva (2011); 24 = Soares (2014); 25 = Tomaz (2005).

Foram identificadas sete dimensões relacionadas à criança que envolvem o desenvolvimento infantil global ou de áreas específicas (como a linguagem) e habilidades como: competência social, ações imitativas e comportamentos pré-verbais, como apresentada no Quadro 3. Em relação aos comportamentos/habilidades dos responsáveis pode-se citar o foco nas dimensões do contexto familiar, do vínculo/relação pais-criança e da capacitação da família (potencial para a prática de abuso contra a criança, necessidades maternas, estimulação oferecida aos filhos, nível de estresse e de empoderamento materno). E, por fim, quanto aos profissionais houve um direcionamento para a capacitação (desempenho dos educadores quanto à sua capacidade de realizar a vigilância do desenvolvimento e seu conhecimento sobre os marcos do desenvolvimento infantil, realização de estimulação psicossocial e linguagem) e a interação profissional-criança.

Destaca-se a incidência de apenas uma pesquisa que considerou as necessidades da família como alvo da intervenção.

✓ Principais resultados

Tabela 8 – Os resultados considerados efetivos e não efetivos distribuídos pelos diferentes tipos de intervenção.

Resultados	Intervenção		
	Direta	Indireta	Mista
EFETIVOS			
Desenvolvimento da criança	12, 21, 25	3, 11, 15, 23	7, 8, 14, 20
Comportamento da criança	22, 25	13	7, 16, 17
Tempo de hospitalização da criança	21	18	
Sepsia neonatal tardia		18	
Conhecimento sobre desenvolvimento		1, 10, 11, 15	
Vigilância do desenvolvimento		4, 5	
Planejamento de atividades		11	
Troca de experiência		10	
Cuidados domiciliares		10	
Condições adequadas de amamentação		19	
Autoestima		2	
Grau de esperança		2	
Envolvimento pais-bebê		1, 2, 19, 23	
Interações familiares		1, 3, 19	9, 14, 17, 20
Responsividade das educadoras		13	
Identificação de fatores de risco e proteção			7
NÃO EFETIVOS			
Desenvolvimento da criança		6	
Comportamento da criança	24		
Contexto familiar	12		

Nota: 1 = Gonzaga (2014); 2 = Oliveira (2008); 3 = Azevedo (2014); 4 = Neófiti (2009); 5 = Reichert (2011); 6 = Nóbrega (2008); 7 = Almeida (2009); 8 = Basso (2011); 9 = Landim (2008); 10 = Macedo (2010); 11 = Vital (2008); 12 = Müller (2008); 13 = Araújo (2012); 14 = Bernardes (2008); 15 = Bianchini (2008); 16 = Correia (2005); 17 = Kreutz (2010); 18 = Mendes (2007); 19 = Feliciano (2009); 20 = Nascimento (2010); 21 = Panceri (2014); 22 = Schlittler (2009); 23 = Silva (2011); 24 = Soares (2014); 25 = Tomaz (2005).

A análise dos principais resultados, identificados na Tabela 8, revela que a maioria afirma que obteve resultados efetivos em seus estudos. Apenas três trabalhos revelam que as intervenções não foram efetivas, um deles se refere ao desenvolvimento da criança (REICHERT, 2011), outro ligado ao comportamento de alcance da criança (SOARES, 2014) e um relacionado ao contexto familiar (MÜLLER, 2008). Este, embora tenha sinalizado efeitos positivos no desenvolvimento infantil, não houve indicativo que o PIP teve impacto positivo no contexto familiar da criança.

Os resultados positivos podem ser agrupados em: 1) voltado para a criança quanto ao desenvolvimento (11); ao comportamento (6) e à saúde (2).

O segundo grupo de variáveis identificadas como efetivas diz respeito a habilidades e conhecimento dos cuidadores (pais/profissionais): quatro trabalhos assinalaram efeitos positivos no conhecimento sobre desenvolvimento; dois sobre conhecimento de vigilância do desenvolvimento; um sobre planejamento de atividades e, outro, sobre troca de experiência.

O terceiro grupo de variáveis diz respeito ao contexto família/escola – sendo que sete apresentaram resultados positivos nas interações familiares, quatro apontaram mudanças no envolvimento pais-bebê, seguida de um em responsividade das educadoras, um em autoestima e grau de esperança, um em condições adequadas de amamentação, outro nos cuidados domiciliares e, por fim, um teve resultados positivos na identificação de fatores de risco e proteção.

Evidencia-se que a maioria dos estudos tem apontado melhoras após o PIP, seja no âmbito da criança, pais/profissionais e contexto família/escola.

Apesar de apenas três trabalhos indicaram a ineficácia dos resultados, é preciso considerar as formas como a avaliação destes foram apresentadas e os delineamentos dos estudos que, provavelmente, não permitem afirmar com segurança os efeitos positivos da intervenção.

Laws (2013) indica que as pesquisas de uma maneira geral na área da Psicologia anunciam majoritariamente os seus resultados positivos em detrimentos daqueles que possam indicar os efeitos nulos de uma variável independente sobre a variável dependente. Levanta críticas severas aos veículos de divulgação científica que desestimulam os estudos que apontam efeitos nulos ou mesmo que tratam de replicação. Argui, ainda, no sentido de que a publicação de estudos com resultados positivos são significativamente maiores do que os que apresentam os negativos. Defende com veemência a ideia de que enquanto esta situação permanecer da forma como está, ou seja, a publicação de resultados negativos e replicações estiverem sendo desestimuladas, a credibilidade da Psicologia enquanto ciência estará sendo ameaçada.

✓ Limitações dos estudos

Tabela 9 – Limitações indicadas pelos PIP em função do tipo de intervenção: direta, indireta e mista.

Limitações dos estudos	Intervenção		
	Direta	Indireta	Mista
Não informado	12, 25	2, 11, 15, 18, 19	7, 8, 9, 14
Delineamento/procedimento da pesquisa			
Falta de controle de variáveis: rede de apoio, atendimentos concomitantes, acompanhamento médico, crescimento do bebê, efeitos tardios de intervenções anteriores.			17
Número reduzido de participantes	21, 22	1	
Perda da amostra		6	
Ausência de grupo controle		5	
Conhecimento prévio do participante sobre a variável que seria avaliada		5	
Ausência de uma avaliação pós-intervenção			16
Impossibilidade de generalização dos resultados		13, 23	
Uso de instrumentos não padronizados		13	
Dois locais de intervenção e coleta de dados	22		
Baixa qualidade do registro		13	
Número reduzido de colaboradores para o fornecimento de feedbacks para os participantes		4	
Limitações dos PIP			
Número limitado/variações do número de sessões	21	1	
Programa de intervenção com maior duração, frequência e tempo para o desenvolvimento da temática		3, 6	
Ausência de pais homens		1	
Estrutura fechada da intervenção		1	
Baixa adesão dos pais/cuidadores/profissionais da saúde		3, 10	
Ausência da participação da família		3, 6	
Baixa representatividade das situações de interações pais e filhos		23	
Ausência de efeito de tratamento/resultados pouco representativos	24		
Aquisições restritas das funções psíquicas da criança			20
Ausência de atenção para as necessidades da família			16
Outras variáveis			
Falta de motivação e passividade das cuidadoras		10	
Envolvimento dos profissionais participantes em atividades concomitantes		10	

Nota: 1 = Gonzaga (2014); 2 = Oliveira (2008); 3 = Azevedo (2014); 4 = Neófiti (2009); 5 = Reichert (2011); 6 = Nóbrega (2008); 7 = Almeida (2009); 8 = Basso (2011); 9 = Landim (2008); 10 = Macedo (2010); 11 = Vital (2008); 12 = Müller (2008); 13 = Araújo (2012); 14 = Bernardes (2008); 15 = Bianchini (2008); 16 = Correia (2005); 17 = Kreutz (2010); 18 = Mendes (2007); 19 = Feliciano (2009); 20 = Nascimento (2010); 21 = Panceri (2014); 22 = Schlittler (2009); 23 = Silva (2011); 24 = Soares (2014); 25 = Tomaz (2005).

As limitações do estudo não foram informadas em 11 estudos. Daqueles que indicaram limitações, com as apresentadas na Tabela 9, pode-se agrupá-las em dois pontos principais: o primeiro diz respeito ao delineamento/procedimento da pesquisa que em dez estudos indicaram ausência de controle de variáveis, perda de amostra, número reduzido de participantes, dificuldade de generalização dos dados, instrumentos não padronizados, ausência de avaliação pós-intervenção, conhecimento prévio da variável avaliada, ausência de grupo controle, realização da intervenção em mais de um local, baixa qualidade do registro e pouco recurso para o fornecimento de feedbacks aos participantes.

O segundo agrupamento se refere a limitações do programa de intervenção. Nove estudos fizeram menção às seguintes condições: número limitado de sessões, tempo reduzido de intervenção, baixa adesão dos pais/cuidadores/profissionais da saúde, estrutura rígida do programa de intervenção, ausência de participação dos familiares, ausência da figura paterna, baixa representatividade das situações de interação pais-filho, aquisições restritas das funções psíquicas, ausência da inclusão das necessidades da família e o resultados pouco representativos/ausência de efeito do tratamento. Por fim, um trabalho destacou a falta de motivação das cuidadoras e o envolvimento dos profissionais participantes em outras atividades concomitantes à pesquisa.

Desta forma, as limitações apontadas indicam com maior incidência justamente os problemas metodológicos no desenvolvimento dos estudos, seguida de restrições na proposição de programas de intervenção precoce como o tempo transcorrido, falta de flexibilidade na proposta em função das demandas, baixa adesão, entre outras. É notório a influência de questões relacionadas ao delineamento, ao procedimento definido para implementação dos PIP e quanto interferem na sua eficácia, nos resultados obtidos; além da possibilidade de pesarem na sua continuidade também.

O que se pode depreender destes resultados sobre as limitações apontadas seria a de questionar os efeitos positivos dos programas de intervenção precoce revisados na presente pesquisa, uma vez que parte significativa dos estudos apontaram restrições de ordem metodológica e inerentes ao planejamento, organização e foco dos programas propostos.

✓ Futuros estudos

Tabela 10 – Indicação de futuros estudos de acordo com o tipo de intervenção direta, indireta e mista.

Futuros estudos	Intervenção		
	Direta	Indireta	Mista
Não informado		11	7, 8, 14, 20
Metodologia			
Pesquisa longitudinal	12	2, 3, 6	
Ampliação da amostra	22	3	
Duração do PI mais longa			17
Maior frequência de avaliações			17
Follow-up	21, 24		
Generalização dos resultados	25		
Estudos comparativos entre grupos (pré-termo/atermo)	24		
Controle de variáveis: atendimento concomitante, tempo da mãe trabalhadora fora de casa, grupos de mães, pais, casais		23	
Eficácia do PI		3, 5, 6	17
Criança			
Tempo de retenção do comportamento da criança	24		
Avaliação da imunidade em recém-nascido		18	
Ampliação do domínio do desenvolvimento	22		16
Família			
Atendimento domiciliar		1	
Diferença no impacto da deficiência entre pais e mães			17
Adesão de pais/cuidadores em PI		3, 5, 10	
Relação entre mães adolescentes-bebês		2	
Relação/vínculo pais-criança		6	9
Necessidades da família			17
Relação entre condições econômicas-ambiental	12	13	
Dinâmica familiar diante da deficiência da criança		19	
Irmão de crianças com dificuldades na amamentação		19	
Modelo de intervenção focado na família		13	
Relação família-escola		6, 13	
Qualidade do ambiente familiar e educacional	12	6	
Profissionais			
Interação da criança com profissionais da educação		15	
Formação pedagógica do profissional		15	
Integração Educação e Saúde		1, 4	
Interlocução ensino-serviço		10	
Conhecimento do profissional			16
Conhecimento sobre vigilância do desenvolvimento (pais/professores/profissionais)		4, 5, 6, 10, 15	

Nota: 1 = Gonzaga (2014); 2 = Oliveira (2008); 3 = Azevedo (2014); 4 = Neófiti (2009); 5 = Reichert (2011); 6 = Nóbrega (2008); 7 = Almeida (2009); 8 = Basso (2011); 9 = Landim (2008); 10 = Macedo (2010); 11 = Vital (2008); 12 = Müller (2008); 13 = Araújo (2012); 14 = Bernardes (2008); 15 = Bianchini (2008); 16 = Correia (2005); 17 = Kreutz (2010); 18 = Mendes (2007); 19 = Feliciano (2009); 20 = Nascimento (2010); 21 = Panceri (2014); 22 = Schlittler (2009); 23 = Silva (2011); 24 = Soares (2014); 25 = Tomaz (2005).

Os futuros estudos não foram indicados em cinco trabalhos avaliados. As sugestões nas 20 pesquisas, conforme Tabela 10, foram quanto às questões metodológicas como: pesquisa longitudinal, ampliação da amostra, duração do programa de intervenção mais longa, maior frequência de avaliações, follow-up, generalização dos resultados para assegurar a validade externa, resultados comparativos entre grupos (pré-termo tardio com a termo), controle de variáveis (atendimento concomitante, tempo da mãe que trabalha fora de casa e grupos de pais, mães, casais) e eficácia do programa de intervenção.

Um segundo grupo de indicações se refere às demandas das crianças como: tempo de retenção do comportamento da criança, avaliação da imunidade do recém-nascido e ampliação do domínio do desenvolvimento. Houve também indicações no âmbito da família: atendimento domiciliar, diferença no impacto da deficiência entre pais e mães, adesão de pais/cuidadores em programas de intervenção, relação entre mães adolescentes-bebês, relação/vínculo entre pais-criança, necessidades da família, relação entre condições econômicas e ambiental, dinâmica familiar diante da deficiência da criança, irmãos de criança com dificuldade na amamentação, modelo de intervenção focado na família, relação família-escola e qualidade do ambiente familiar e educacional.

Por fim, quanto aos profissionais foram sugeridos: interação da criança com profissionais da educação, formação pedagógica do profissional, integração educação-saúde, interlocução ensino-serviço, conhecimento do profissional e conhecimento sobre vigilância do desenvolvimento dos pais/professores/profissionais.

Vale destacar as indicações de estudos longitudinais para acompanhar os efeitos das intervenções em longo prazo e a inserção das necessidades das famílias e do fortalecimento das condições de atuação dos profissionais nos PIP. Desta forma, os questionamentos de natureza metodológica realizados no decorrer deste texto se fortalecem neste momento no qual os próprios pesquisadores indicam como necessário a sua continuidade. Além disso, um investimento maior na investigação do contexto familiar sugere o seguimento de uma tendência mais contemporânea dos Programas de Intervenção Precoce.

Britto et al. (2016) propõem que uma das vertentes dos programas de intervenção precoce seja o suporte parental que se concretiza em ações como as oportunidades para estimulação que oferecem às suas crianças, as interações responsivas pais-criança, enriquecimento ambiental

direcionado para a criança, aprendizagem precoce e parentalidade positiva, com o objetivo de melhorar tanto o conhecimento e crenças quanto atitudes e práticas.

Etapa 2

A análise do protocolo de Avaliação dos Programas de Intervenção Precoce (PIP) envolveu a avaliação nos níveis da Comunidade, da Família, da Criança e do PIP. Para melhor apresentação dessas informações, os resultados foram descritos em componentes que atendem os objetivos de cada nível. As análises a seguir dizem respeito aos 25 estudos selecionados.

Nível 1 – Comunidade

Este nível foi avaliado quanto: ao processo de encaminhamento para o PIP; aos critérios de elegibilidade; aos procedimentos para triagem; às informações dadas às famílias sobre os serviços e, a indicação ao PIP dos participantes elegíveis e níveis de abrangência.

Tabela 11 – Procedimentos de encaminhamento para os PIP apresentados pelas pesquisas.

Processo de encaminhamento para o PIP	Intervenção		
	Direta	Indireta	Mista
Específico para a pesquisa		1, 11	7, 8, 9
Profissionais de outros projetos/área da saúde		2	14
Divulgação em instituições específicas		3	
Por instituições		18	14
Serviço público de saúde			14
Médicos (neurologista, pediatra)		19	16
Não informado pelo autor			17
Não há/ amostra voluntária/ amostra de conveniência	12, 21, 22, 24, 25	4, 5, 6, 10, 13, 15, 23	14, 20

Nota: 1 = Gonzaga (2014); 2 = Oliveira (2008); 3 = Azevedo (2014); 4 = Neófiti (2009); 5 = Reichert (2011); 6 = Nóbrega (2008); 7 = Almeida (2009); 8 = Basso (2011); 9 = Landim (2008); 10 = Macedo (2010); 11 = Vital (2008); 12 = Müller (2008); 13 = Araújo (2012); 14 = Bernardes (2008); 15 = Bianchini (2008); 16 = Correia (2005); 17 = Kreutz (2010); 18 = Mendes (2007); 19 = Feliciano (2009); 20 = Nascimento (2010); 21 = Panceri (2014); 22 = Schlittler (2009); 23 = Silva (2011); 24 = Soares (2014); 25 = Tomaz (2005).

A Tabela 11 revela que as pesquisas de Almeida (2009); Landim (2008); Vital (2008); Basso (2011) e Gonzaga (2014) apresentaram procedimentos específicos para encaminhamento ao PIP ao passo que 14 estudos afirmaram não haver procedimentos de encaminhamentos cujas amostras eram voluntárias ou de conveniência. Na pesquisa de Kreutz (2010) não havia informação sobre este tópico e a de Bernardes (2008) o procedimento de encaminhamento já existia na comunidade.

Tabela 12 – Critérios de elegibilidade para os PIP identificados nas pesquisas.

Critérios de Elegibilidade	Intervenção		
	Direta	Indireta	Mista
Gestantes da rede de atendimento da ESF		1	
Gestantes com idade gestacional igual ou inferior a 20 semanas que faziam pré-natal no PAG		2	
Pais de crianças de 0 a 3 anos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento ou atraso no desenvolvimento		3	
Educadores de creches públicas que atuavam com crianças na faixa etária de 0 a 2 anos		4	
Enfermeiros do Distrito Sanitário escolhido		5	
Mães de crianças menores de 2 anos cadastradas nas USF dos Distrito selecionado; escolhidas aleatoriamente		5	
Crianças de 6 a 24 meses que frequentavam regularmente creches		6	
Criança com idade compatível a faixa etária da escala utilizada (4 a 42 meses)			7
Criança de 0 a 3 anos com alguma necessidade especial e que não possuía experiência anterior com natação			8
Criança de 0 a 3 anos cadastradas na UBS e elegíveis para o PIP			9
Enfermeiras da UBSFCN		10	
Cuidadoras de criança de até 2 anos que pertenciam a área de abrangência da UBSFCN		10	
Estudantes de Psicologia inscritos em disciplinas vinculadas ao programa de Atendimento à Criança		11	

Pequena

Bebês frequentadores de creches que apresentavam riscos para o desenvolvimento da linguagem	11	
Criança de 6 a 18 meses cadastradas na UBS, frequentadora da creche, sem lesão neurológica ou alteração genética e desempenho motor abaixo de 25% na escala AIMS	12	
Criança com TEA	13	
Pais e filho de 0 a 3 anos com estado de sofrimento psíquico grave		14
Crianças de 0 a 13 meses que frequentavam tempo integral a creche, juntamente com as educadoras	15	
Criança de 0 a 2 anos com TEA		16
Prematuros e baixo peso internados a partir do 1º dia e com a participação da mãe no seu cuidado durante a internação	18	
Dificuldade de amamentação, tendo excluído as intervenções médicas (instruções de manejo e/ou relacionadas à fisiologia da amamentação)	19	
Laudo de surdez do tipo sensorial neural, de grau severo ou profundo		20
Criança de 1 a 18 meses hospitalizada por doença respiratória	21	
Risco de atraso desenvolvimental	22	
Participação da figura paterna e da criança em todas as sessões		23
Crianças com Síndrome de Down	23	
Prematuridade, pontuação na AIMS entre 25 e 75 e ser capaz de realizar 3 alcances na linha de base	24	
Não informado pelo autor	25	17

Nota: 1 = Gonzaga (2014); 2 = Oliveira (2008); 3 = Azevedo (2014); 4 = Neófiti (2009); 5 = Reichert (2011); 6 = Nóbrega (2008); 7 = Almeida (2009); 8 = Basso (2011); 9 = Landim (2008); 10 = Macedo (2010); 11 = Vital (2008); 12 = Müller (2008); 13 = Araújo (2012); 14 = Bernardes (2008); 15 = Bianchini (2008); 16 = Correia (2005); 17 = Kreutz (2010); 18 = Mendes (2007); 19 = Feliciano (2009); 20 = Nascimento (2010); 21 = Panceri (2014); 22 = Schlittler (2009); 23 = Silva (2011); 24 = Soares (2014); 25 = Tomaz (2005).

Conforme os dados apresentados no Tabela 12 verifica-se que as pesquisas de Gonzaga (2014) e Oliveira (2008) tinham como alvo da intervenção as gestantes. Também foram elegíveis

para os programas de intervenção, pais de crianças com deficiência; transtornos globais de desenvolvimento ou atraso de desenvolvimento nas pesquisas de Bernardes (2008), Silva (2011) e Azevedo (2014) e mães de crianças cadastradas em USF (REICHERT, 2011). Foram também indicados como população para intervenção: educadores, enfermeiros, cuidadoras e estudantes de Psicologia.

Bianchini (2008), Landim (2008), Müller (2008) e Nobrega (2008) empregaram como critério de elegibilidade crianças frequentadoras de creche e/ou USB com idade entre zero e três anos enquanto que Almeida (2009) ampliou a faixa etária até 42 meses em função do instrumento de avaliação utilizado. Estudos também tiveram como alvo da intervenção crianças em condição de vulnerabilidade para o desenvolvimento como: necessidades especiais; risco para o desenvolvimento de linguagem, surdez, transtorno de espectro autista, prematuros, dificuldade de amamentação, doença respiratória, síndrome de Down e Risco de atraso de desenvolvimento.

Tabela 13 – Procedimentos para triagem para participação no PIP.

Procedimentos para triagem	Intervenção		
	Direta	Indireta	Mista
Atendimento psicológico para identificação: rejeição da gravidez; sinais de ansiedade, depressão ou psicose; gravidez precoce ou tardia; mães somatizantes		2	
Projeto já existente na Universidade		8	14
Utilização de escalas		11	9
Idade gestacional e baixo peso ao nascimento		18	
Visitas domiciliares		10	
Não informado pelo autor	12, 21, 22, 24, 25	1, 3, 4, 5, 6, 13, 15, 19, 23	7, 16, 17, 20

Nota: 1 = Gonzaga (2014); 2 = Oliveira (2008); 3 = Azevedo (2014); 4 = Neófiti (2009); 5 = Reichert (2011); 6 = Nóbrega (2008); 7 = Almeida (2009); 8 = Basso (2011); 9 = Landim (2008); 10 = Macedo (2010); 11 = Vital (2008); 12 = Müller (2008); 13 = Araújo (2012); 14 = Bernardes (2008); 15 = Bianchini (2008); 16 = Correia (2005); 17 = Kreutz (2010); 18 = Mendes (2007); 19 = Feliciano (2009); 20 = Nascimento (2010); 21 = Panceri (2014); 22 = Schlittler (2009); 23 = Silva (2011); 24 = Soares (2014); 25 = Tomaz (2005).

A Tabela 13 indica que os estudos que apresentaram atendimento psicológico, utilização de escalas, idade gestacional e baixo peso ao nascimento, visitas domiciliares ou projetos já existentes na Universidade como procedimentos para triagem e as dezoito restantes não fizeram menção a este quesito.

Tabela 14 – Informações dadas às famílias sobre os serviços indicadas nas pesquisas.

Informações às famílias sobre os serviços	Intervenção		
	Direta	Indireta	Mista
• Em que momento			
Início	12, 21, 22, 24	1, 2, 3, 5, 6, 10, 11, 13, 18, 19, 23	7, 8, 9, 16, 17, 20
Não informado pelo autor	25	15	14
Não se aplica		4	
• De que forma			
Telefonema		1	
Individual	24	2, 3, 10, 13, 18, 19, 23	9, 16, 17, 20
Reunião com os pais/responsáveis			7
Palestra	12		
Não informado pelo autor	21, 22, 25	5, 6, 11, 15	8, 14
Não se aplica		4	
• Inclusão das dúvidas e preocupações dos pais			
Sim		1, 2, 3, 10, 13, 18, 19, 23	9, 14, 16, 17, 20
Não informado pelo autor	12, 21, 22, 24, 25	5, 6, 11, 15	7, 8
Não se aplica		4	

Nota: 1 = Gonzaga (2014); 2 = Oliveira (2008); 3 = Azevedo (2014); 4 = Neófiti (2009); 5 = Reichert (2011); 6 = Nóbrega (2008); 7 = Almeida (2004); 8 = Basso (2011); 9 = Landim (2008); 10 = Macedo (2010); 11 = Vital (2008); 12 = Müller (2008); 13 = Araújo (2012); 14 = Bernardes (2008); 15 = Bianchini (2008); 16 = Correia (2005); 17 = Kreutz (2010); 18 = Mendes (2007); 19 = Feliciano (2009); 20 = Nascimento (2010); 21 = Panceri (2014); 22 = Schlittler (2009); 23 = Silva (2011); 24 = Soares (2014); 25 = Tomaz (2005).

A Tabela 14 revela que as informações dadas às famílias sobre os serviços aconteciam no início do PIP, com exceção de Tomaz (2005), Bernardes (2008) e Bianchini (2008) cujas

indicações não foram registradas nos trabalhos e para Neófiti (2009), pois este dado não se aplica. Em 13 estudos as informações foram dadas de forma individual. Almeida (2009) usou como recurso reunião com pais e/ou responsáveis, Müller (2008) o fez por meio de palestra e nove pesquisas não indicaram a forma de fornecer a informação às famílias. Quanto ao conteúdo 13 pesquisas incluíram neste procedimento as dúvidas e preocupações dos pais e 11 não descreveram o que foi informado à família.

Tabela 15 – Indicação dos participantes e nível de abrangência do PIP.

Indicação dos participantes elegíveis ao PIP	Intervenção		
	Direta	Indireta	Mista
Sim	12, 21, 22, 24	1, 2, 3, 4, 5, 6, 10, 11, 15, 23	7, 8, 9
Não informado pelo autor	25	18, 19	
Não se aplica		13	14, 16, 17, 20
• Nível de abrangência			
Instituições especializadas de um município		3	
Creches municipais de um município		4	
Enfermeiros de um Distrito de um município		5	
Creches de um Distrito de um município		6	
Um centro de educação infantil de um município	25	15	
População neonatal de uma UIN de um município	21	18	
Pacientes de um pediatra		19	
Contatos da pesquisadora			20
Três/dois centros de atendimento especializado	22	23	
Maternidade de um município	24		
ESF/UBS de um município/ e um distrito de um município		1, 10	9
Programa de Atenção à Gestante de uma comunidade de um município		2	
Duas creches municipais de um município			7
Projeto de Extensão da Universidade			8
Estudantes de Psicologia vinculados ao programa de Atendimento à criança pequena		11	
Cinco creches e duas UBS de uma cidade	12		

Nota: 1 = Gonzaga (2014); 2 = Oliveira (2008); 3 = Azevedo (2014); 4 = Neófiti (2009); 5 = Reichert (2011); 6 = Nóbrega (2008); 7 = Almeida (2009); 8 = Basso (2011); 9 = Landim (2008); 10 = Macedo (2010); 11 = Vital (2008); 12 = Müller (2008); 13 = Araújo (2012); 14 = Bernardes (2008); 15 = Bianchini (2008); 16 = Correia (2005); 17 = Kreutz (2010); 18 = Mendes (2007); 19 = Feliciano (2009); 20 = Nascimento (2010); 21 = Panceri (2014); 22 = Schlittler (2009); 23 = Silva (2011); 24 = Soares (2014); 25 = Tomaz (2005).

Em 17 propostas de programas, conforme a Tabela 15, todos os participantes elegíveis eram referenciados ao PIP, três não fizeram menção ao item analisado e para cinco estudos esta questão não se aplica. Quanto ao nível de abrangência, três pesquisas estavam relacionadas a: instituições especializadas; instituições de educação infantil; instituições de saúde; programas ligados à Universidade; instituições de educação infantil e de saúde; pacientes de um pediatra e contato com a pesquisadora.

De modo geral, é possível perceber que os PIP estão mais voltados para os interesses dos pesquisadores, dos grupos de pesquisa dos quais pertencem, do que para as reais necessidades ou demandas da comunidade. Uma vez que se destaca uma alta incidência de pesquisas que não propuseram um processo de encaminhamento específico para o PIP, que a maioria não informou os procedimentos de triagem realizados, uma grande diversificação de critérios de elegibilidade do público alvo e níveis de abrangência muito específicos.

Uma reflexão importante neste momento é sobre o nível de abrangência muito restrito dos estudos. A análise permite afirmar que não se tratam de pesquisas que visam o levantamento da demanda da população como primeira etapa de uma proposta de intervenção que objetive o atendimento de necessidades das famílias de uma determinada comunidade, cujos filhos apresentam uma condição de risco, algum atraso de desenvolvimento ou uma deficiência. Mas sim, uma questão de interesse do pesquisador, muitas vezes não apoiada pela literatura na área. Aqui cabe um alerta, pois quando se fala em atendimento às necessidades das famílias ainda assim se está pretendendo o desenvolvimento de uma pesquisa que gere conhecimentos novos e não meramente uma prestação de serviços à comunidade (LUNA, 1996). As definições dos procedimentos, processos de triagem estão sob controle do pesquisador e da forma como as pesquisas estão sendo propostas, a possibilidade de desvincular o PIP dos objetivos iniciais do pesquisador se mostra bastante remota. Se o foco dos programas está restrito em determinado público-alvo, como inserir um olhar abrangente para as necessidades da família? E tampouco, oferece condições para a construção de um planejamento adequado da intervenção de modo a ampliá-la para outros contextos (creche, educação infantil, serviços de saúde, serviço social) e, conseqüentemente, estendendo a outros cuidadores como educadores, profissionais da saúde e assistência social.

Neste momento cabe ressaltar que, a fonte de dados escolhida (teses e dissertações) pode explicar alguns dos resultados descritos acima. Em trabalhos de dissertações e teses o tempo é limitado em função dos prazos, e o tema de estudo, na maioria das vezes, é de interesse do pesquisador. No entanto, o que se propôs a avaliar e discutir foi a existência de um “olhar”, um “movimento” diferenciado no sentido de executar uma proposta que não se restrinja somente aos interesses do pesquisador, mas que possa ter continuidade em função da sua importância para a sociedade, por englobar, também, as necessidades desta. Ou seja, embora o tempo de mestrados e doutorados sejam limitados, se resalta que poucos pesquisadores realizam seus estudos relacionados a programas de intervenção precoce existentes na comunidade (por exemplo, APAES) ou relacionados a programas de intervenção precoce coordenados por instituições (universidades, ONGS, etc.) que se preocupem em oferecer e melhorar seus serviços de intervenção para a população em geral, por meio de pesquisas e de forma contínua. Estas propostas poderiam ser parte de um programa maior de atendimento as crianças, envolvendo pesquisa e intervenção, e que pudessem, ao longo do tempo, influenciar políticas públicas, qualidade da intervenção e ampliação do número de crianças atendidas; fazer diferença na vida de um contingente maior de crianças.

Uma questão ressaltada no estudo de Maria-Mengel e Linhares (2007) sobre a importância do nível de abrangência dos PIP está relacionada com a necessidade dos profissionais conhecerem o processo de desenvolvimento infantil típico para serem capazes de identificar possíveis sinais de alguma alteração no desenvolvimento da criança e os fatores de risco que contribuem para a formação desta condição. Desta forma, indicam que a investigação dos fatores de risco deveria ser realizada em larga escala (maior abrangência) e com o uso de instrumentos para que sejam identificados o mais brevemente possível, sem dizer que este movimento deveria acontecer no âmbito da atenção primária. Considerando que 43% das crianças até cinco anos de idade de países de baixa e média renda não atingirão seu desenvolvimento ótimo (BLACK et al., 2016), o que se destaca é: que a identificação seja realizada precocemente; que ocorra em nível da atenção primária e, que, independentemente dos riscos, todas as crianças sejam identificadas e recebam intervenção adequada. Se os profissionais não compreendem o desenvolvimento infantil típico, provavelmente não saberão identificar os riscos e, conseqüentemente, não encaminharão as crianças para os PIP.

Quanto ao critério de elegibilidade, King e Glascoe (2003) destacam que um critério menos rigoroso para o encaminhamento de crianças com alterações em seu desenvolvimento pode oferecer muitas vantagens em potencial, pois mesmo as que são avaliadas como falso-positivo podem ser beneficiadas pelos programas, serviços de intervenção em função da condição de risco psicossocial que pode estar presente.

Entretanto, deve-se ponderar a luz de pesquisas se os benefícios de uma intervenção realizada com tais critérios aumentariam riscos e preconceitos quanto à rotulação.

Nível 2 – Famílias

Neste nível a avaliação foi baseada no tipo de abordagem à família e à participação e envolvimento familiar.

Tabela 16 – Abordagem à família utilizada pelos PIP nas pesquisas analisadas.

Abordagem	Intervenção		
	Direta	Indireta	Mista
<ul style="list-style-type: none"> • Informações sobre as necessidades/condições da família 			
Não informado pelo autor	12, 21, 22, 24, 25	11, 15, 18	8
Sim			
Práticas parentais (desenvolvimento infantil, violência intrafamiliar, vigilância do desenvolvimento)		1, 5, 10	9
Relação família-criança		1, 4	14, 17
Relações familiares		2, 19	7
Aceitação da condição atual		2, 3	9
Suporte social/financeiro		3, 23	
Relação mãe-criança		6	
Funcionamento psicossocial da família		3, 23	7
Fatores de risco e proteção da família		9, 23	
Necessidades e preocupações familiares		10, 13	9, 14, 16, 17, 20
Expectativas, importância, entendimento do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil		10	
Condições socioemocional da família		13	
Nível de responsividade do cuidador durante intervenção com a criança		13	
Empoderamento familiar		23	
Satisfação conjugal		23	
<ul style="list-style-type: none"> • Informações sobre avaliação do meio 			
Não informado pelo autor	22, 25	1, 11	8, 16
Sim			
Fatores de risco e proteção do ambiente		2, 4	7, 9, 14
Recursos disponíveis		2, 10	9
Ambiente familiar		2, 19	20
Qualidade e quantidade de estimulação e apoio	12, 21	3, 23	7
Características sociodemográficas	12, 21, 24	5, 6, 13, 18, 23	7, 17
Interação educador-criança		15	

Nota: 1 = Gonzaga (2014); 2 = Oliveira (2008); 3 = Azevedo (2014); 4 = Neófiti (2009); 5 = Reichert (2011); 6 = Nóbrega (2008); 7 = Almeida (2009); 8 = Basso (2011); 9 = Landim (2008); 10 = Macedo (2010); 11 = Vital (2008); 12 = Müller (2008); 13 = Araújo (2012); 14 = Bernardes (2008); 15 = Bianchini (2008); 16 = Correia (2005); 17 = Kreutz (2010); 18 = Mendes (2007); 19 = Feliciano (2009); 20 = Nascimento (2010); 21 = Panceri (2014); 22 = Schlittler (2009); 23 = Silva (2011); 24 = Soares (2014); 25 = Tomaz (2005).

A abordagem utilizada pelos PIP nas pesquisas analisadas evidenciada na Tabela 16 revelou que 16 investigações incluíram informações sobre as necessidades/ condições da família como: relações familiares, entendida aqui também como a relação entre um dos responsáveis e criança; práticas parentais; fatores de risco e proteção da família; aceitação da condição atual; necessidades e preocupações familiares; expectativas, importância e entendimento sobre o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; funcionamento sociopsicoemocional da família; empoderamento familiar; suporte social/financeiro e, satisfação conjugal.

Além disso, 19 estudos apresentaram informações a respeito da avaliação do meio como: características sociodemográficas; fatores de risco e proteção; qualidade e quantidade de estimulação e apoio; ambiente familiar; recursos disponíveis; interação educador-criança. Embora o número de estudos seja alto na abordagem do meio, verifica-se uma perspectiva estática do contexto social, pois em dez pesquisas o meio foi avaliado em função de características sociodemográficas o que nos remete apenas à localização dos participantes em termos do seu endereço social, ou seja, do ambiente do qual procedem (BRONFENBRENNER, 1996).

Tabela 17 - Participação e envolvimento familiar relatados nas pesquisas.

Participação e envolvimento familiar	Intervenção		
	Direta	Indireta	Mista
<ul style="list-style-type: none"> Entrevista de acolhimento e apresentação do PIP 			
Não informado pelo autor	21, 22, 25	15	14
Não se aplica		4, 5	
Sim	12, 24	1, 2, 3, 6, 10, 11, 13, 18, 19, 23	7, 8, 9, 16, 17, 20
<ul style="list-style-type: none"> Reuniões/encontros com pais/responsáveis 			
Não informado pelo autor	21, 22, 24, 25	6, 11, 15	
Não se aplica		2, 4, 5	
Sim	12	1, 3, 10, 13, 18, 19, 23	7, 8, 9, 14, 16, 17, 20
<ul style="list-style-type: none"> Levantamento de necessidades da família 			
Não informado pelo autor	12, 21, 22, 24, 25	6, 11, 13, 15, 18	7, 8
Não se aplica		4, 5	
Sim		1, 2, 3, 10, 19, 23	9, 14, 16, 17, 20
<ul style="list-style-type: none"> Decisões partilhadas com as famílias 			
Não informado pelo autor	12, 21, 22, 24, 25	6, 11, 13, 15, 18, 19	7, 8, 20
Não se aplica		1, 4, 5	
Sim		2, 3, 10, 23	9, 14, 16, 17
<ul style="list-style-type: none"> Planejamento de apoio às famílias 			
Não informado pelo	12, 21, 22, 24, 25	1, 2, 6, 10, 11, 13, 15, 18, 19	7, 8, 9
Não se aplica		4, 5	
Sim			
Procedimentos para promover a inclusão social/escolar		3	
Apoio aos membros da família (irmãos, pais, manutenção de emprego, tempo livre, etc.)		23	14, 16, 17, 20
Apoio à saúde – informações sobre tratamentos especiais/apoios especiais		23	

Nota: 1 = Gonzaga (2014); 2 = Oliveira (2008); 3 = Azevedo (2014); 4 = Neófiti (2009); 5 = Reichert (2011); 6 = Nóbrega (2008); 7 = Almeida (2009); 8 = Basso (2011); 9 = Landim (2008); 10 = Macedo (2010); 11 = Vital (2008); 12 = Müller (2008); 13 = Araújo (2012); 14 = Bernardes (2008); 15 = Bianchini (2008); 16 = Correia (2005); 17 = Kreutz (2010); 18 = Mendes (2007); 19 = Feliciano (2009); 20 = Nascimento (2010); 21 = Panceri (2014); 22 = Schlittler (2009); 23 = Silva (2011); 24 = Soares (2014); 25 = Tomaz (2005).

Em relação à participação e envolvimento familiar as pesquisas apresentaram como indicadores (Tabela 17): entrevista de acolhimento e apresentação do PIP; reuniões e encontros com os pais; levantamento de necessidades da família; decisões partilhadas com as famílias; apoio aos membros da família; procedimentos para promover a inclusão social/escolar e apoio à

saúde. Quanto ao indicador de planejamento de apoio às famílias apenas seis estudos apresentaram esta vertente em seu procedimento. Parece haver uma participação e envolvimento decrescentes das famílias nos PIP, quando as formas de participação se dão em questões mais gerais, superficiais que envolvem apenas as informações sobre a pesquisa a ser realizada, como acolhimento e reuniões, 18 e 14 pesquisas respectivamente anunciaram positivamente estes quesitos, já o levantamento de necessidades no âmbito familiar apareceu em 11 pesquisas, ações que envolviam decisões partilhadas com as famílias foram identificadas em oito trabalhos e em apenas seis pesquisas foram desenvolvidos planejamento de apoio às famílias.

No âmbito familiar, o levantamento de informações sobre as condições das famílias teve como dados preponderantes questões relacionadas às suas necessidades e preocupações. E quanto às informações sobre a avaliação do meio foi dada ênfase nas características sociodemográficas. Assim, embora houvesse o levantamento das necessidades e preocupações das famílias, não foram apresentadas propostas quanto ao planejamento de apoio a elas. Além disso, os dados demonstraram uma visão estática do contexto no qual não incluem dinâmicas interativas entre os membros da família ou minimamente entre as crianças e seus cuidadores/responsáveis.

Estes dados indicam que as ações voltadas para as famílias ainda estão muito distantes das propostas do *Modelo centrado na família* sugerido por Dunst, Johanson, Trivette e Hamby (1991). Baseado na ecologia do desenvolvimento, os cuidados de criação devem ser estendidos para além da família, aos cuidadores comunitários e suporte às famílias (BLACK et al., 2016). A base para o quadro conceitual inclui um ambiente adequado para cuidadores, familiares e comunidade e um contexto apropriado social, econômico, político e cultural. A primeira condição se refere aos recursos pessoais, incluindo a educação materna bem como sua saúde física e mental; e os recursos comunitários, como segurança, saneamento básico e ausência de estigma. Já os aspectos estruturais incluem políticas, leis, sistemas, estruturas organizacionais de apoio, bem estar-financeiro. Estes componentes multiníveis (respectivamente proximais e distais) são mediados pelos cuidados “de criação”, de educação com a criança para influenciar o desenvolvimento infantil (BLACK et al., 2016).

A função do contexto no qual as crianças estão inseridas é fundamental por influenciar e ser um preditor do desenvolvimento infantil. Georgieff (2007) afirma que fatores ambientais em

decorrência do nível socioeconômico explicam a diferença no desenvolvimento do cérebro. Bhutta et al. (2014) destaca que as deficiências nutricionais antes da concepção e durante a gravidez podem resultar em distúrbios do tubo neural, baixo peso e altura, atrasos de desenvolvimento ou deficiências ao longo da vida.

De acordo com Sudfeld et al. (2015) os anos iniciais de vida são críticos para o crescimento físico e desenvolvimento cognitivo, motor e socioemocional, mas a magnitude da ligação entre estes processos ainda permanece pouco clara. Evidências sugerem uma associação positiva robusta entre crescimento linear durante os dois primeiros anos com desenvolvimento motor e cognitivo. Casale, Desmond e Richter (2014) afirmam que o atraso de crescimento na primeira infância está fortemente associado com prejuízos no funcionamento cognitivo em crianças em idade pré-escolar, mas parece não afetar as atividades de vida diária e a maturidade social. Casale e Desmond (2015) encontraram também que a recuperação do atraso no crescimento não é incomum entre as crianças sul-africanas. No entanto, os dados revelam que as crianças, cuja recuperação se dá aos cinco anos de idade, ainda apresentam resultados significativamente piores nos testes cognitivos quando comparadas àquelas que não vivenciaram quadros de desnutrição precoce e com resultados equivalentes às que permaneceram com índices de atraso no crescimento. Portanto, estes dados revelam que o momento ideal para se administrar os insumos nutricionais são os dois primeiros anos, no sentido de poder atenuar o impacto da desnutrição no desenvolvimento cognitivo das crianças.

Sudfeld et al. (2015) alertam para o fato de que intervenções efetivas que reduzem a restrição do crescimento linear de crianças podem melhorar os resultados em determinadas áreas de desenvolvimento. Contudo, estas ações necessitam ser integradas às intervenções de estimulação, ambientais e educacionais para que possam produzir maiores efeitos positivos. Assim, os “cuidados de criação” com a criança influenciam o desenvolvimento infantil e podem atenuar os efeitos da adversidade (LUBY et al., 2013; HACKMAN et al., 2015 apud BLACK et al., 2016).

Nível 3 – Crianças

O terceiro nível foi avaliado quanto à participação na vida social e a autonomia da população infantil envolvida.

Tabela 18 - Foco dos PIP na participação da vida social das crianças.

Participação na vida social	Intervenção		
	Direta	Indireta	Mista
Relações de vinculação e prática educativa familiar	12	1, 2, 10, 13, 19, 23	7, 8, 9, 14, 17
Oportunidades para o desenvolvimento da linguagem e da comunicação		6, 11, 13, 18	7, 8, 9, 14, 16, 20
Atividades simbólicas e/ou lúdicas		6, 13, 15	7, 8, 9, 14, 16
Relação com os pares			7
Não se aplica	21, 22, 24, 25	3, 4, 5	

Nota: 1 = Gonzaga (2014); 2 = Oliveira (2008); 3 = Azevedo (2014); 4 = Neófiti (2009); 5 = Reichert (2011); 6 = Nóbrega (2008); 7 = Almeida (2009); 8 = Basso (2011); 9 = Landim (2008); 10 = Macedo (2010); 11 = Vital (2008); 12 = Müller (2008); 13 = Araújo (2012); 14 = Bernardes (2008); 15 = Bianchini (2008); 16 = Correia (2005); 17 = Kreutz (2010); 18 = Mendes (2007); 19 = Feliciano (2009); 20 = Nascimento (2010); 21 = Panceri (2014); 22 = Schlittler (2009); 23 = Silva (2011); 24 = Soares (2014); 25 = Tomaz (2005).

Os estudos, como evidencia a Tabela 18, focaram a participação na vida social das crianças: nas relações de vinculação entre pais/crianças e prática educativa familiar; nas oportunidades para o desenvolvimento da linguagem e da comunicação; nas atividades simbólicas e/ou lúdicas e, na relação com os pares. Sete pesquisas não abordaram esta questão.

Tabela 19 – Foco dos PIP na autonomia das crianças.

Autonomia	Intervenção		
	Direta	Indireta	Mista
Estimulação global/ habilidades funcionais	12, 21, 22, 24, 25	3, 4, 5, 10, 11, 13, 18, 23	8, 9, 20
Ajudas sensoriais/contato visual/ mobilidade/ informática/ sistemas de comunicação		6	7, 8, 17
Inclusão da criança em contextos naturais		3	
Não se aplica		1, 2, 15, 19	14, 16

Nota: 1 = Gonzaga (2014); 2 = Oliveira (2008); 3 = Azevedo (2014); 4 = Neófiti (2009); 5 = Reichert (2011); 6 = Nóbrega (2008); 7 = Almeida (2009); 8 = Basso (2011); 9 = Landim (2008); 10 = Macedo (2010); 11 = Vital (2008); 12 = Müller (2008); 13 = Araújo (2012); 14 = Bernardes (2008); 15 = Bianchini (2008); 16 = Correia (2005); 17 = Kreutz (2010); 18 = Mendes (2007); 19 = Feliciano (2009); 20 = Nascimento (2010); 21 = Panceri (2014); 22 = Schlittler (2009); 23 = Silva (2011); 24 = Soares (2014); 25 = Tomaz (2005).

Quanto à autonomia da criança, a Tabela 19 apresenta: 16 estudos que investiram na estimulação global e nas habilidades funcionais; quatro incidiram nas ajudas sensoriais/ mobilidade/ informática e sistemas de comunicação; um na inclusão da criança em contextos naturais e seis não abordaram a questão da autonomia nas intervenções propostas.

Foi observado que, de alguma forma, a maioria das propostas abordou a participação na vida social e a autonomia das crianças, sendo intervenções diretas, indiretas e mistas. De acordo com McWilliam (2003) a abordagem centrada na família tem alguns princípios que norteiam esta prática e um deles é a identificação dos pontos fortes da criança para que os pais possam reconhecer as realizações de seus filhos e o que fazem para a promoção do desenvolvimento deles. Além disso, estes pontos fortes identificados podem ser utilizados de forma favorável no processo de intervenção.

Nível 4 – Programas de Intervenção Precoce

E, por fim, os Programas de Intervenção Precoce foram avaliados: quanto à equipe e a formação dos profissionais; à formação específica; ao plano de atividades de intervenção; à revisão da proposta de intervenção; ao procedimento de avaliação; ao foco de avaliação e, à devolutiva para pais/responsáveis, participantes ou instituição.

Tabela 20 – Identificação da equipe e formação dos profissionais envolvidos nos PIP.

Equipe de profissionais	Intervenção		
	Direta	Indireta	Mista
• Número de profissionais			
Um	21, 22, 25	1, 11, 13, 15, 19, 23	14, 16, 20
Dois	12, 24	4, 5, 18	7
Três			8, 17
Sete		3, 10	
Oito			9
Dois + equipe de apoio		6	
Equipe de psicoterapeutas de uma Ong		2	
• Formação dos profissionais			
Psicologia		1, 2, 11, 19, 23	7, 14, 16, 17
Terapia Ocupacional		6	
Educação Física		21	8
Enfermagem		10, 18	
Fisioterapia	12, 22, 24		
Pedagogia	25	13, 15	
Letras			20
Terapia ocupacional e Pedagogia		4	
Enfermagem e Medicina		5	
Equipe multidisciplinar (Educação Especial, Psicologia e Terapia Ocupacional)		3	
Equipe multidisciplinar (Psicologia, Enfermagem, Medicina, Fisioterapia e não universitários)			9

Nota: 1 = Gonzaga (2014); 2 = Oliveira (2008); 3 = Azevedo (2014); 4 = Neófiti (2009); 5 = Reichert (2011); 6 = Nóbrega (2008); 7 = Almeida (2009); 8 = Basso (2011); 9 = Landim (2008); 10 = Macedo (2010); 11 = Vital (2008); 12 = Müller (2008); 13 = Araújo (2012); 14 = Bernardes (2008); 15 = Bianchini (2008); 16 = Correia (2005); 17 = Kreutz (2010); 18 = Mendes (2007); 19 = Feliciano (2009); 20 = Nascimento (2010); 21 = Panceri (2014); 22 = Schlittler (2009); 23 = Silva (2011); 24 = Soares (2014); 25 = Tomaz (2005).

De acordo com a Tabela 20, as equipes de profissionais dos PIP variaram entre um e oito profissionais, sendo que em 12 trabalhos foram identificados apenas um profissional e, em uma pesquisa esse dado não foi descrito. As áreas de formação destes profissionais foram: Psicologia;

Fisioterapia; Pedagogia; Educação Física; Enfermagem e, apenas uma equipe era multidisciplinar, composta por oito profissionais como: psicólogas, enfermeiras, médico, fisioterapeuta e agentes de saúde.

A partir destes dados é possível refletir sobre a concepção de Programas de Intervenção Precoce utilizada nestas propostas, uma vez que as pesquisas mostraram, em sua maioria, que o trabalho está sob responsabilidade de apenas um profissional, neste caso do próprio pesquisador, condição esta que pode interferir na continuidade destas propostas.

Tabela 21 – Descrição da formação específica da equipe de trabalho no PIP.

Formação específica	Intervenção		
	Direta	Indireta	Mista
• Formação			
Não informado pelo autor	22	1, 3, 5, 10, 11, 13, 18, 19, 23	7, 8, 9, 14, 16, 17, 20
Capacitação na área de Intervenção Precoce		2	
Experiência prévia com o manuseio do ambiente virtual Moodle		4	
Equipe de apoio treinada		6	
Examinador colaborador treinado no instrumento AIMS	12		
Pesquisadora auxiliar tinha experiência na área de Intervenção em Neuropediatria	24, 25		
• Programas de formação			
Não informado pelo autor	12, 21, 22, 24, 25	1, 3, 4, 5, 6, 13, 15, 18, 19, 23	7, 8, 9, 14, 16, 17, 20
Capacitação de graduandos em Psicologia		11	
Capacitação de profissionais		10	
Formação prévia do profissional		2	
• Entidade formadora			
Universidade		10, 11	

Nota: 1 = Gonzaga (2014); 2 = Oliveira (2008); 3 = Azevedo (2014); 4 = Neófiti (2009); 5 = Reichert (2011); 6 = Nóbrega (2008); 7 = Almeida (2009); 8 = Basso (2011); 9 = Landim (2008); 10 = Macedo (2010); 11 = Vital (2008); 12 = Müller (2008); 13 = Araújo (2012); 14 = Bernardes (2008); 15 = Bianchini (2008); 16 = Correia (2005); 17 = Kreutz (2010); 18 = Mendes (2007); 19 = Feliciano (2009); 20 = Nascimento (2010); 21 = Panceri (2014); 22 = Schlittler (2009); 23 = Silva (2011); 24 = Soares (2014); 25 = Tomaz (2005).

A Tabela 21 destaca que quanto à formação específica para os PIP apenas seis estudos identificaram-na da seguinte forma: Soares (2014) e Tomaz (2005) indicaram experiência na área de intervenção em Neuropediatria; Oliveira (2008) realizou uma capacitação na área de Intervenção Precoce com os profissionais participantes do Programa; Müller (2008) informou que o colaborador era treinado em uma escala de avaliação de desenvolvimento infantil; Nobrega (2008) dispunha de uma equipe treinada e em Neófiti (2009) a preparação estava focalizada no manuseio do ambiente virtual.

Quando avaliadas as entidades formadoras dos PIP foi possível observar que nos dois estudos que apresentaram esta condição foi a Universidade responsável por essa formação.

Estes dados fortalecem os descritos anteriormente, uma vez que não há indicação de uma formação específica para desenvolver, executar os PIP propostos, dificultando ainda mais uma possível continuidade do trabalho.

Assim, tanto os dados sobre identificação da equipe e formação de profissionais, quanto àqueles sobre formação específica estão distantes da proposta de Franco (2007) o qual afirma que o modelo mais apropriado para atuar em Intervenção Precoce é o transdisciplinar, sendo a função da equipe um destaque que o diferencia dos outros modelos (multidisciplinar e interdisciplinar). As diferenças são quanto:

- Detecção e sinalização dos casos para intervenção: baseia-se na cooperação e articulação entre profissionais e serviços;
- Avaliação da criança: este processo é realizado por toda a equipe de profissionais, juntamente com a participação ativa da família, a qual está presente em todo o processo (avaliação, planejamento, implementação dos programas);
- Responsabilidade pela intervenção: toda a equipe tem a mesma responsabilidade em todo o processo de intervenção;
- Planejamento da intervenção: o plano de intervenção é definido por todos os membros da equipe, juntamente com a participação da família, no qual são considerados as necessidades e recursos disponíveis, e as prioridades são determinadas em função da própria criança e de sua família;
- Implementação do programa de intervenção: independente de quem executa, todos os membros da equipe são corresponsáveis pela sua implementação;

- Pressupostos de funcionamento da equipe: todos os profissionais têm o comprometimento de ensinar, aprender e trabalhar em equipe para executar o que é proposto para a intervenção, mesmo não fazendo parte, a princípio, de sua área de formação;
- Comunicação entre técnicos: destaque para a existência de reuniões estruturadas com a função de compartilhar e integrar o conhecimento existente em função da diversidade de formação da equipe;
- Aprendizagem e formação dos técnicos: a formação dos profissionais está pautada em uma aprendizagem transdisciplinar, centrada nas problemáticas existentes e não na sua formação de base;
- Implicações organizacionais: as equipes não estão organizadas de uma forma rígida, as responsabilidades são divididas e há um responsável pelo caso que faz a intermediação entre a equipe e a família.

Tabela 22 – Informações constantes nos planos de atividades da intervenção.

Planos de atividades da intervenção	Intervenção		
	Direta	Indireta	Mista
Não informado pelo autor		2, 10	9, 14, 20
Materiais/Atividades	12, 21, 22, 24, 25	1, 3, 4, 6, 11, 13, 15, 18, 23	7, 8
Objetivos	12, 21, 22, 24, 25	1, 3, 4, 5, 6, 11, 13, 15, 18, 23	7, 8, 16, 17, 20
Procedimento de ensino	12, 21, 24, 25	3, 4, 5, 11, 13, 15, 18, 23	8, 16, 17
Procedimento de registro	8, 24	5, 11, 13, 18, 19, 23	8, 16, 17

Nota: 1 = Gonzaga (2014); 2 = Oliveira (2008); 3 = Azevedo (2014); 4 = Neófiti (2009); 5 = Reichert (2011); 6 = Nóbrega (2008); 7 = Almeida (2009); 8 = Basso (2011); 9 = Landim (2008); 10 = Macedo (2010); 11 = Vital (2008); 12 = Müller (2008); 13 = Araújo (2012); 14 = Bernardes (2008); 15 = Bianchini (2008); 16 = Correia (2005); 17 = Kreutz (2010); 18 = Mendes (2007); 19 = Feliciano (2009); 20 = Nascimento (2010); 21 = Panceri (2014); 22 = Schlittler (2009); 23 = Silva (2011); 24 = Soares (2014); 25 = Tomaz (2005).

Na Tabela 22 foram explicitadas as informações que constam do plano de atividades da intervenção. As pesquisas de Mendes (2007), Vital (2008), Basso (2011), Silva (2011), Araújo

(2012), Soares (2014) apresentaram objetivos, materiais, procedimentos de ensino e de registro. Os estudos de Tomaz (2005), Bianchini (2008), Müller (2008), Neófiti (2009), Azevedo (2014), Panceri (2014) incluíram na descrição dos programas dados sobre os objetivos, materiais e procedimentos de ensino: Correia (2005) e Reichert (2011) disponibilizaram objetivos, procedimentos de ensino e registro. Já Almeida (2004) e Gonzaga (2014) apresentaram objetivo e material; Kreutz (2010) objetivo e procedimento de ensino e os demais Feliciano (2009), Schlittler (2009) e Nascimento (2010) indicaram respectivamente apenas procedimentos de registro, materiais e objetivos.

Como é possível verificar no Quadro 14 a maioria dos estudos não apresentou itens importantes que deveriam estar presentes na sua descrição, como: materiais/atividades, objetivos, procedimento de ensino e procedimento de registro. O fato de não haver um plano de atividade definido e descrito claramente nas propostas dos PIP é uma questão importante para ser avaliada uma vez que dificulta a replicação da proposta e o fortalecimento dos resultados obtidos.

Parece que se está diante de um círculo vicioso; as descrições dos estudos são realizadas com pouca precisão e este fato dificulta a replicação do estudo. Se a replicação de pesquisas fosse valorizada pela academia, por exemplo, tivesse boa recepção nos periódicos para serem publicados (LAWS, 2013), muito provavelmente haveria uma crítica mais incisiva sobre a qualidade das informações teórico-metodológicas das intervenções e este estado de coisas poderia ser revertido. Como não há uma valorização em pesquisas de replicação, as exigências quanto à precisão das informações são desestimuladas e se tem a presença de um conjunto não sistematizado de dados. A ausência de uma descrição precisa do plano de atividades da intervenção pode também dificultar a avaliação do processo que será discutida posteriormente quando forem apresentados os dados referentes aos procedimentos de avaliação da intervenção.

Tabela 23 – Revisão da proposta de intervenção.

Revisão da proposta de intervenção	Intervenção		
	Direta	Indireta	Mista
Não informado pelo autor	12, 21, 22, 24, 25	4, 5, 6, 13, 15, 18	7, 8, 9, 17
Aperfeiçoamento em função do estudo/etapa anterior		1, 11	
Em função da necessidade identificada em cada caso		2, 23	20
Em função das avaliações realizadas durante a intervenção		10	
Mudanças no procedimento com as crianças			16
Intervenção conduzida de acordo com a demanda da família		19	14
Manter a motivação dos participantes		3	

Nota: 1 = Gonzaga (2014); 2 = Oliveira (2008); 3 = Azevedo (2014); 4 = Neófiti (2009); 5 = Reichert (2011); 6 = Nóbrega (2008); 7 = Almeida (2009); 8 = Basso (2011); 9 = Landim (2008); 10 = Macedo (2010); 11 = Vital (2008); 12 = Müller (2008); 13 = Araújo (2012); 14 = Bernardes (2008); 15 = Bianchini (2008); 16 = Correia (2005); 17 = Kreutz (2010); 18 = Mendes (2007); 19 = Feliciano (2009); 20 = Nascimento (2010); 21 = Panceri (2014); 22 = Schlittler (2009); 23 = Silva (2011); 24 = Soares (2014); 25 = Tomaz (2005).

A Tabela 23 evidenciou que houve revisão da proposta em 10 das pesquisas selecionadas no que se refere à identificação da necessidade identificada em cada caso; a intervenção sendo conduzida de acordo com a demanda de cada família; aperfeiçoamento da proposta em decorrência da etapa anterior do estudo; avaliações realizadas durante a intervenção; alterações nos procedimentos com as crianças; e manter a motivação dos participantes.

Assim, apenas 40% das pesquisas analisadas descreveram o cuidado em propor um PIP com uma determinada flexibilidade, resultando, na possibilidade de adaptação da proposta de acordo com a demanda, necessidades dos participantes.

Esta rigidez nas propostas de intervenção (propostas que não consideram as demandas, necessidades do público-alvo) é vista como um empecilho para que os PIP tenham bons resultados de acordo com Mendes (2010, p. 37), pois “do ponto de vista da intervenção precoce é pouco provável que se possa encontrar programas universais para os problemas das crianças”. Pois o foco nas condições de risco para o desenvolvimento infantil deve ser trabalhado em conjunto com uma análise contextualizada das dificuldades da criança. Ou seja, nenhum fator de risco ou de proteção, de forma isolada, deve ser considerado um preditor do desenvolvimento infantil.

Tabela 24 – Procedimentos de avaliação utilizados nas pesquisas.

Procedimento de avaliação	Intervenção		
	Direta	Indireta	Mista
<ul style="list-style-type: none"> Externa 			
Não	12, 21, 22, 24, 25	1, 2, 3, 4, 6, 10, 11, 13, 15, 18, 19, 23	7, 8, 9, 14, 16, 17, 20
Sim			
Responsável			
Mães de crianças de 0 a 2 anos usuárias da ESF		5 ⁴	
<ul style="list-style-type: none"> Interna 			
Não			
Sim			
Responsável			
Profissional envolvido no projeto	12, 21, 22, 24, 25	1, 2, 3, 4, 6, 10, 11, 13, 15, 18, 19, 23	7, 8, 9, 14, 16, 17, 20
Próprios participantes		5, 11	
<ul style="list-style-type: none"> Momentos do processo 			
Pré-teste, pós-teste, follow-up		1, 23	
Durante todo o processo terapêutico	10, 22, 25	2, 10, 11, 18	14, 17, 20
Durante todo o processo terapêutico e follow-up		19	
Pré-teste e pós-teste	12	3, 4, 5, 6, 11, 13	7, 8, 9, 16
Pré-teste e durante a intervenção	21	15	
Após intervenção			20
Pré-teste, pós-teste e teste de retenção (após 24 horas)	24		
<ul style="list-style-type: none"> Instrumentos de avaliação 			
Questionários			
Pais/ Cuidador	21, 22	6, 13	20
Profissionais			
População alvo (adulto)		1, 3, 4, 5, 10	
Entrevista			
Pais/cuidador	24	3, 5, 13	
Profissionais			

⁴ Primeiro estudo

População alvo (adulto)	22	10	
Instrumento padronizado			
Pais/ cuidador	12	13	9
Profissionais			
População alvo (adulto)	24	1, 3, 23	
Crianças	12, 21, 22	6, 11, 23	7, 16
Protocolo desenvolvido para a pesquisa			
Pais		18	
Profissionais			
População alvo (adulto)	22	5, 11, 15, 23	17
Crianças	24	8, 15, 18	16, 17, 20
Não informado pelo autor	25	2, 19	14

Nota: 1 = Gonzaga (2014); 2 = Oliveira (2008); 3 = Azevedo (2014); 4 = Neófiti (2009); 5 = Reichert (2011); 6 = Nóbrega (2008); 7 = Almeida (2009); 8 = Basso (2011); 9 = Landim (2008); 10 = Macedo (2010); 11 = Vital (2008); 12 = Müller (2008); 13 = Araújo (2012); 14 = Bernardes (2008); 15 = Bianchini (2008); 16 = Correia (2005); 17 = Kreutz (2010); 18 = Mendes (2007); 19 = Feliciano (2009); 20 = Nascimento (2010); 21 = Panceri (2014); 22 = Schlittler (2009); 23 = Silva (2011); 24 = Soares (2014); 25 = Tomaz (2005).

Os dados apresentados na Tabela 24 revelaram que em um único estudo houve avaliação externa (realizada por pessoas diferentes do pesquisador, por exemplo, pais/responsáveis, participantes, instituições) desenvolvida com mães de crianças de dois anos usuárias do ESF (REICHERT, 2011) e todas as pesquisas dispunham de avaliação interna quase exclusivamente realizada pelos profissionais com exceção dos trabalhos de Vital (2008) e Reichert (2011) que contaram com os próprios participantes como avaliadores. Quanto ao momento em que estas avaliações aconteciam, os estudos se dividiram entre pré e pós-teste; durante todo o processo terapêutico; durante todo o processo terapêutico e follow-up; pré-pós-teste e follow up; pré-teste e durante a intervenção; após a intervenção e pré-pós-teste e teste de retenção. Três estudos apresentaram o procedimento de follow-up, o que representa que apenas estes avaliaram o PIP após o seu encerramento.

Os instrumentos de avaliação utilizados foram: questionários com pais/cuidadores e com a população alvo/ adultos; entrevistas com pais /cuidadores e com a população alvo; instrumentos padronizados com pais /cuidadores, com população alvo /adultos, com crianças; e protocolo desenvolvido especificamente para a pesquisa voltado aos pais, à população alvo/adulto e crianças.

Três pontos que se destacam quanto ao processo de avaliação nos PIP: apenas um trabalho apresentou avaliação externa (juntamente com a interna), três com medidas de follow-up e 52% dos estudos terem utilizado instrumentos padronizados em seu procedimento. Desta forma, os resultados revelam uma certa fragilidade tendo em vista uma deficiência no rigor metodológico empregado.

Bardagi e Albanaes⁵ (2015) apontam a importância de haver estudos sobre avaliação de programas de intervenção, cujo foco pode estar nos resultados alcançados, ou seja, o de verificar a eficácia do programa, ou ainda, pode se concentrar no processo, ou seja, o de focalizar na avaliação de algumas condições da intervenção e analisar em que medida contribuem para os resultados obtidos. Afirmam que maior parte dos estudos revisados referem-se a resultados imediatos e identificados de forma genérica. Nenhum estudo avaliou resultados intermediários ou seja, nos diferentes estágios da intervenção e poucos realizaram follow up identificados pelas autoras como resultados distais, que reservam um intervalo de tempo entre a intervenção e a avaliação.

Pode-se concluir que a presente pesquisa aponta, de forma balanceada, os momentos de avaliação tanto de resultados como durante o processo de intervenção. No entanto, não se pode afirmar com segurança que as últimas avaliações realmente tiveram como objetivo avaliar condições da intervenção e como estas contribuem para o resultado final.

O emprego de instrumentos padronizados permitiria maior possibilidade de estabelecer análises comparativas entre os resultados das pesquisas tanto em nível nacional quanto internacional (BARDAGI; ALBANAES, 2015).

Avaliação de intervenção envolve, segundo Kazdin (2003), que o estudo informe aspectos que maximizem as informações sobre o impacto da intervenção e seus resultados. Esses aspectos dizem respeito a: significância clínica das mudanças, tipo e amplitude das mudanças, características da intervenção, avaliações durante a intervenção, medidas de follow-up, entre outros e, o autor oferece sugestões de como realiza-los. As sugestões desse autor não foram verificadas nos PIP analisados no presente estudo.

⁵ Este estudo está voltado à revisão da literatura nacional sobre avaliação de intervenções vocacionais. Optou-se por incluí-lo, uma vez que alguns pontos discutidos dizem respeito a questões gerais dos programas de intervenção.

Tabela 25 - Foco da avaliação dos PIP.

Foco da avaliação	Intervenção		
	Direta	Indireta	Mista
Eficácia do Programa	21, 24, 25	1, 2, 3, 4, 5, 15, 18, 19, 23	16, 17, 20
Aplicabilidade do Programa	12		16
Desenvolvimento/Aprendizagem da criança	12, 22	11, 13, 15, 18, 23	7, 8, 9, 16, 20
Vínculo mãe/pai-criança		2, 13, 19, 23	14, 17
Formação de pais		1, 3, 10, 13, 23	9
Satisfação da família: envolvimento e parceria/qualidade de vida/eficácia da intervenção/grupos de pais/formação contínua de pais		3	17
Satisfação dos profissionais		10	

Nota: 1 = Gonzaga (2014); 2 = Oliveira (2008); 3 = Azevedo (2014); 4 = Neófiti (2009); 5 = Reichert (2011); 6 = Nóbrega (2008); 7 = Almeida (2009); 8 = Basso (2011); 9 = Landim (2008); 10 = Macedo (2010); 11 = Vital (2008); 12 = Müller (2008); 13 = Araújo (2012); 14 = Bernardes (2008); 15 = Bianchini (2008); 16 = Correia (2005); 17 = Kreutz (2010); 18 = Mendes (2007); 19 = Feliciano (2009); 20 = Nascimento (2010); 21 = Panceri (2014); 22 = Schlittler (2009); 23 = Silva (2011); 24 = Soares (2014); 25 = Tomaz (2005).

A análise do foco da avaliação das pesquisas apresentada na Tabela 25 indica que: as principais preocupações incidiram sobre eficácia do programa; desenvolvimento/aprendizagem da criança; vínculo mãe/pai-criança; formação de pais; satisfação da família; aplicabilidade do programa de intervenção e, por último, satisfação dos profissionais.

Importante destacar que a maioria das pesquisas convergiu a sua avaliação para eficácia do programa proposto, uma preocupação de ordem metodológica e no desenvolvimento/aprendizagem da criança, deixando em segundo plano as questões mais atuais relacionadas ao contexto da criança que também interferem em seu desenvolvimento, como satisfação da família, vínculo mãe/pai-criança.

Quando o foco da avaliação, o maior objetivo fica restrito à eficácia da proposta pode-se pensar que há uma perda no cuidado, na preocupação de outras demandas, necessidades que talvez possam ser fundamentais na construção, na formação de um PIP por servirem de base e de suporte para que os resultados em longo prazo sejam mais consistentes, ou seja, não se volta para

a avaliação do processo. Faria e Taveira⁶ (2011) defendem a ideia de complementaridade entre avaliação de resultado e de processo e a justificam tendo em vista que a ênfase na eficácia do programa parece desconsiderar a necessidade de se investigar os mecanismos reais de mudança relacionados aos processos de intervenção que podem elucidar as razões pelas quais os efeitos desejados foram alcançados.

A avaliação de programas, segundo Pimentel (2005, p. 104), se refere a “uma forma de analisar, compreender e aprender com o trabalho que está sendo implementado”. Johnson e LaMontagne (1994, apud PIMENTEL, 2005) apontam a relevância da avaliação de programas de intervenção precoce em três focos de atuação. O primeiro diz respeito às crianças (alvo direto e indireto das intervenções) que possibilita o monitoramento dos progressos da criança e da família de modo a registrar as práticas documentadas. O segundo deve ser os pais, cujos interesses estão no reconhecimento da necessidade de participação em serviços avaliados como eficazes. E, por fim, se teria o nível das políticas públicas que necessita de informações sobre custo/ benefício e eficácia para a tomada de decisões quanto à permanência, aperfeiçoamento e/ou suspensão dos serviços. Os autores ainda colocam certa resistência por parte de profissionais e gestores a estudos de avaliação por não reconhecerem os benefícios imediatos em função do investimento que ações desta natureza demandam.

Pimentel (2005) aponta como dificuldades metodológicas dos estudos de avaliação as seguintes questões: heterogeneidade das amostras; metodologias pouco precisas, sem definição clara; medidas centradas na criança e limitadas a um ou dois parâmetros e inconsistência entre os instrumentos de medida e os focos dos programas.

Uma proposta a ser desenvolvida em um curto período de tempo, dentro do prazo de uma dissertação ou tese e cujo foco seja a avaliação da sua eficácia, pode ter algum tipo de efeito que não seja revelado em função da falta de tempo hábil para provocar mudanças no desenvolvimento infantil, por exemplo.

Neste sentido pesquisas têm evidenciado dados que ressaltam a importância de programas extensos que acompanham o desenvolvimento da criança e que justificam o investimento nesta área. A National Scientific Council on the Developing Child (2007) destaca a possibilidade de

⁶ Autoras que investigam a avaliação do processo de orientação vocacional.

reduzir consideravelmente o alto investimento inicial nestes programas quando houver uma redução das necessidades escolares, da assistência social e nos índices de repetência escolar.

Outro exemplo é o estudo de Moreira, Magalhães e Alves (2014), pois as autoras confirmaram a vulnerabilidade de crianças nascidas prematuras a longo prazo. Destacam que este acompanhamento mais extenso é necessário para a identificação de alguns problemas de desenvolvimento motor, de comportamento e de desempenho escolar, por exemplo. Assim seria possível amenizar as sequelas no desenvolvimento da criança, uma vez que os fatores de risco (tanto os biológicos quanto os ambientais) podem intensificar estes prejuízos. Charkaluk et al. (2011) também reforçam esta indicação de acompanhamento de crianças prematuras na fase escolar em função deste momento exigir algumas habilidades que se mostram deficientes uma vez que até o momento não tinham sido exigidas.

Tabela 26 - Devolutiva para pais/responsáveis, participantes ou instituição apresentada nas pesquisas.

Devolutiva	Intervenção		
	Direta	Indireta	Mista
Não informado pelo autor	12, 21, 22, 24, 25	2, 10, 11, 13, 15, 18, 19	8, 9, 14, 16, 17
Folhetos/Folders		1, 3	
Individual com orientações para pais quanto as necessidades específicas de cada criança			7
Palestras para pais e funcionários			7
Discussão com a família dos resultados obtidos em cada etapa		23	20
Frente as atividades realizadas durante o curso de formação		4, 5, 6	

Nota: 1 = Gonzaga (2014); 2 = Oliveira (2008); 3 = Azevedo (2014); 4 = Neófiti (2009); 5 = Reichert (2011); 6 = Nóbrega (2008); 7 = Almeida (2009); 8 = Basso (2011); 9 = Landim (2008); 10 = Macedo (2010); 11 = Vital (2008); 12 = Müller (2008); 13 = Araújo (2012); 14 = Bernardes (2008); 15 = Bianchini (2008); 16 = Correia (2005); 17 = Kreutz (2010); 18 = Mendes (2007); 19 = Feliciano (2009); 20 = Nascimento (2010); 21 = Panceri (2014); 22 = Schlittler (2009); 23 = Silva (2011); 24 = Soares (2014); 25 = Tomaz (2005).

Conforme evidencia a Tabela 26 poucos estudos tiveram a preocupação com a devolutiva aos participantes. Este dado não foi informado em 17 pesquisas. Aqueles que relataram esta iniciativa o fizeram de diversas formas: frente as atividades realizadas durante o curso de formação; por meio de folhetos; palestras; orientações individuais; discussões com as famílias em cada etapa do processo.

Evidencia uma escassez de trabalhos que se preocuparam com a devolutiva dos resultados obtidos, compromisso que deveria ser assumido pelos pesquisadores e, além disso, é uma etapa da proposta para fortalecer alguns possíveis efeitos dos PIP.

Concluindo o estudo A pode-se indicar que as pesquisas envolvendo intervenção precoce apresentadas aqui são iniciativas importantes em lidar com a estimulação precoce em crianças com diferentes fatores de risco e/ou deficiências e produzir conhecimentos no contexto brasileiro. Entretanto, perante o avanço da literatura na área (ver, por exemplo, BLACK et al. 2016) ainda há necessidade de estudos que ampliem os serviços e o número de crianças atendidas direta ou indiretamente, incorporem diferentes profissionais, atendam diferentes necessidades da criança e da família, sejam de longa duração e acompanhem seus efeitos ao longo da vida da criança. Isso não é tarefa fácil, nem tampouco simples. Embora o contexto analisado (teses e dissertações) não favoreça a continuidade dos estudos, vale destacar que este poderia ser útil em conduzir pesquisas e aplicar seus resultados se os estudos fizessem parte de um programa mais amplo e por um período mais extenso de tempo. Além disso, Parece ser necessário o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para essa população que, efetivamente, se preocupem em melhorar o desenvolvimento de nossas crianças. Se esse contexto público existisse, a natureza das pesquisas em IP poderia ser diferente.

Para contribuir e fortalecer os dados descritos e discutidos até o momento foi realizado um estudo com os responsáveis pelas pesquisas analisadas com o propósito de entender a dimensão que os PIP tiveram quanto à sua continuidade, quanto à condição de se manterem em funcionamento sem haver a dependência de ser atrelado a um projeto de mestrado ou doutorado. Além disso, informações como período de vigência; apoio institucional; concomitância entre o encerramento da pesquisa e do programa; e avaliação do PIP pelo propositor quanto: objetivos, foco da intervenção, procedimentos de triagem e de avaliação, participação da família, profissionais envolvidos, desenvolvimento da criança, resultados obtidos x esperados também

foram analisados possibilitando, desta forma, a obtenção de dados importantes para caracterizar a realidade do contexto brasileiro.

Estudo B: Análise das Avaliações dos Programas de Intervenção Precoce, a posteriori, pelos seus proponentes

Objetivo: Descrever as avaliações dos Programas de Intervenção Precoce a posteriori dos pesquisadores responsáveis pela proposição e execução, bem como a continuidade do trabalho após a sua conclusão.

MÉTODO

População

Participaram deste Estudo 10 pesquisadores que tiveram suas pesquisas selecionadas e que foram avaliadas no Estudo anterior. Dos 25 convites realizados foram obtidos 15 aceites, porém um participante desistiu em função de problemas pessoais, um foi excluído pela pesquisadora em função de não considerar sua pesquisa uma proposta de intervenção e três participantes não enviaram o questionário respondido até a data determinada.

Instrumentos

O instrumento utilizado foi um questionário elaborado para analisar como os pesquisadores avaliam os Programas de Intervenção Precoce por eles desenvolvidos (Apêndice C).

Procedimento

Neste estudo, a pesquisadora fez um contato com os autores das pesquisas para obter informações que extrapolavam a descrição apresentada nestes trabalhos como, por exemplo, as respostas para a última questão de pesquisa apontada anteriormente neste projeto: “os programas de intervenção se mantêm após a conclusão da pesquisa, ou seja, passam a fazer parte da rotina de atendimento a uma determinada população ou se encerram com o término da investigação?” Neste contato foram explicados os objetivos da pesquisa e solicitado à colaboração em responder a um questionário previamente elaborado com o objetivo descrito acima. Este contato foi realizado por e-mail e com todos os pesquisadores que tiveram suas pesquisas selecionadas no

Estudo anterior. Ao todo foram realizadas três tentativas de contato. A análise dos questionários terá como base a categorização das respostas obtidas no instrumento em questão.

Para validar o conteúdo do questionário com o objetivo proposto, a pesquisadora contou com a avaliação de dois juízes (profissionais da área) para aprimorar o instrumento utilizado. Os tópicos trabalhados no questionário foram: período de vigência do programa, apoio institucional, concomitância entre o encerramento da pesquisa e do programa, avaliação do programa quanto: objetivos, foco da intervenção, procedimentos de triagem e de avaliação, participação da família, profissionais envolvidos, desenvolvimento da criança, resultados obtidos x esperados. Os juízes leram as questões e deram sugestões sobre sequência das questões, alteração de palavras, tornando-o mais claro em seus aspectos. A versão final do questionário está no Apêndice (C).

Análise dos dados

As respostas às questões do questionário foram analisadas e agrupadas em categorias descritivas dos conteúdos expressos e realizou-se uma análise quanti-qualitativas dessas categorias. As categorias analisadas foram: período de vigência; apoio institucional; continuidade da pesquisa e seus motivos; avaliações dos autores dos PIP em termos de objetivos propostos, foco da intervenção, procedimentos de triagem e avaliação, participação da família, profissionais envolvidos, desenvolvimento das crianças e resultados; realização de alterações nos PIP propostos e, acréscimo de informações pertinentes. Análises quantitativas envolveram frequência das respostas sobre, por exemplo, fomento e duração do PIP. Análises qualitativas foram realizadas por meio de análise de conteúdo das falas dos participantes, segundo as categorias propostas no questionário.

RESULTADOS

A seguir foram descritos os resultados da análise dos questionários respondidos por 10 pesquisadores que participaram efetivamente desta parte do Estudo. Para manter o sigilo, os participantes foram identificados como PA, PB, PC, PD, PE, PF, PG, PH, PI e PJ.

1) Período de vigência dos PIP

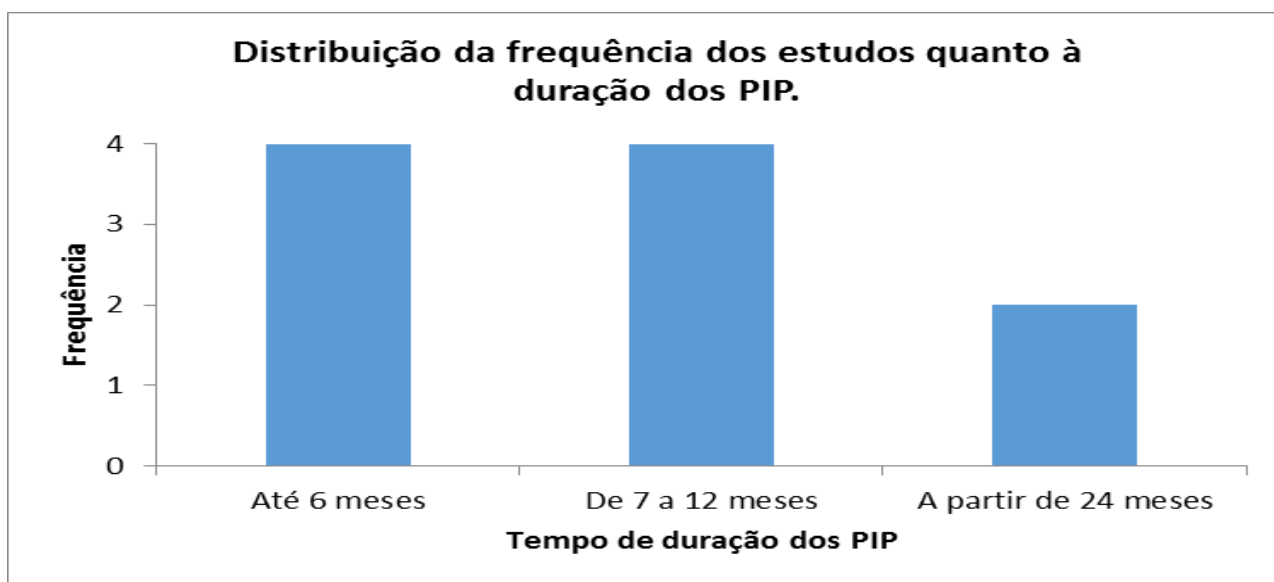


Gráfico 3: Distribuição da frequência dos estudos quanto à duração dos PIP.

O Gráfico 3 descreve o período de duração dos PIP propostos pelos pesquisadores. Dos 10 estudos analisados quatro propuseram Programas com até seis meses de duração, quatro com o tempo de sete à 12 meses e dois a partir de 24 meses.

2) Apoio institucional

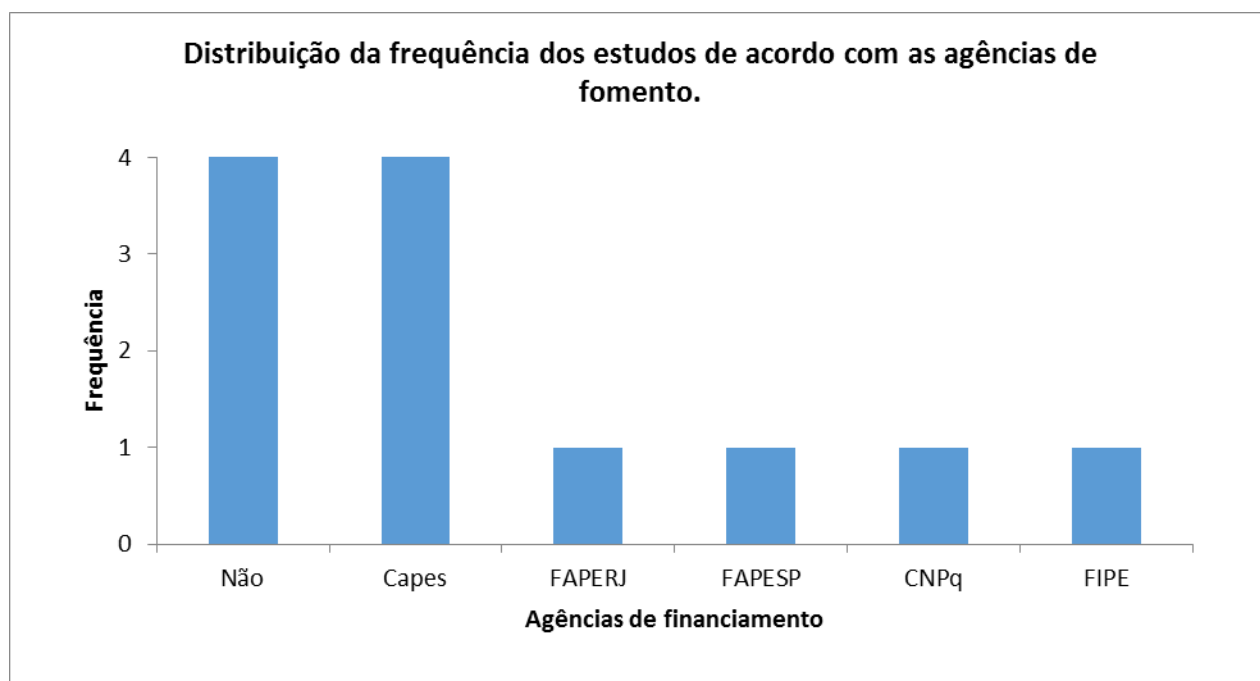


Gráfico 4: Distribuição dos estudos em função dos financiamentos obtidos para sua realização.

Quanto ao financiamento dos PIP (Gráfico 4), quatro pesquisadores não obtiveram auxílio financeiro para a realização dos seus estudos e dos seis que tiveram este apoio, dois PIP obtiveram o auxílio de duas agências de fomento. Não é possível fazer a relação entre o tempo de duração dos PIP com o financiamento das pesquisas. Entretanto cabe destacar que os estudos que não foram contemplados com este auxílio tiveram a duração no período de até seis meses (1) e de sete a 12 meses (3).

3) Encerramento do Programa de Intervenção Precoce

Do total de participantes, oito (de dez) disseram que o Programa proposto se encerrou juntamente com o término da pesquisa, como seria de se esperar dado os prazos de dissertações e teses. Ressalta-se que poucos estudos estiveram relacionados a programas de setores de universidades. Por exemplo, Dawson e Osterling (1997) ao apresentar programas de intervenção precoce para crianças autistas existentes nos EUA informam que seis dos oito programas estavam incorporados a serviços prestados por universidades. Como formas do PIP ter continuidade foram citadas algumas possibilidades como: o Programa ser vinculado a algum

projeto de pesquisa (PA) ou continuar a ser desenvolvido no doutorado (PI); realização de uma parceria entre as áreas de saúde e educação, além da possibilidade de outros profissionais se beneficiarem do Programa (PD); oferta da proposta em um contexto de atendimento particular (PE e PJ) ou por alguma instituição (PJ); por ser uma estrutura de intervenção realizada pelas mães (PH) e, solicitação da família para o Programa ser estendido (PG).

PA: Caso o programa tivesse vinculado a algum projeto de pesquisa, novos alunos, bolsistas ou não, poderiam dar continuidade para a manutenção da pesquisa.

PI: ... caso a pesquisadora ingressasse no Doutorado, ou mesmo continuidade através de pesquisas posteriores dos alunos participantes.

PD: ... acredito que o conteúdo programático poderia beneficiar a prática dos profissionais⁷ que não tiveram oportunidade de participar naquele momento. Assim como, colaborar para possíveis identificação de atrasos no desenvolvimento e encaminhamentos para rede de saúde, promovendo a parceria das áreas da saúde e educação.

PE: ... o trabalho pode ser desenvolvido nos consultórios individuais...

PJ: ...necessário que fosse adotado por alguma instituição, órgão do governo ou aplicado enquanto oferta particular.

PH: Por se tratar de uma intervenção de cuidado estruturada para ser realizada pelas mães...

PG: A família solicitou continuidade e havia interesse da pesquisadora estender para um estudo longitudinal.

⁷ A palavra “profissionais” foi utilizada para garantir o sigilo do participante.

Os participantes D e J indicaram possibilidades de ampliação do alcance dos programas quando citam a parceria entre as áreas da saúde e da educação ou adoção da proposta por uma instituição ou órgão do governo.

Um pesquisador (PF) disse que não havia possibilidade do Programa ter continuidade, pois o grupo de participantes não prosseguiu com as sessões/encontros e não foi possível formar outro grupo.

PF: Houve um tempo determinado de sessões/encontros com os participantes que fez com que o grupo não desse continuidade. Além disso, houve dificuldade de encontrar participantes dentro dos quesitos e interessadas para começar um novo grupo.

Além disso, estes mesmos participantes relataram que as condições necessárias que deveriam estar presentes para a continuidade do Programa seriam: familiarização com a proposta (PA); interesse pela área de desenvolvimento infantil (PI); colaboradores (PD) e auxílio financeiro (PD e PG); profissionais especialistas em intervenção precoce (PE); base de pesquisa em TEA (PG); realização de novos estudos que fortalecem os resultados encontrados (PH); interesse das instituições (PJ) e, condições financeiras favoráveis das famílias (PJ). Importante destacar que, mesmo a participante H dizendo que o PIP foi encerrado juntamente com a pesquisa, ela destaca a realização de outros estudos para solidificar os resultados obtidos. As participantes E e F não responderam esta pergunta.

PA: Familiarização com a proposta de avaliação e de intervenção, condições supridas com o acompanhamento de outros alunos e pesquisadores junto às coletas e disponibilidade para carga horária elevada semanal.

PI: ... apenas o interesse de pessoas relacionadas aos estudos sobre a área de desenvolvimento infantil.

PD: Colaboradores para oferta do curso (tutores, equipe técnica de informática), auxílio financeiro para efetivação dos processos requeridos, aprovação de parceria com a Secretaria Municipal de Educação.

PG: Apoio Institucional (Financeiro) e uma Base de Pesquisa em TEA.

PE: ... por profissionais que tenham a especialidade do trabalho de intervenção precoce...

PH: A realização de outros estudos que sedimentem os efeitos positivos da intervenção, o que já está em andamento.

PJ: As instituições e órgãos governamentais deveriam tomar conhecimento e considerar aplicável. Para oferta particular, as famílias deveriam ter condições de arcar com as despesas.

Para os dois estudos nos quais os Programas continuaram após o encerramento das pesquisas os principais fatores que influenciaram o seu segmento foram: ter se tornado projeto vinculado à Universidade (PB) e ter sido aperfeiçoado no curso de Doutorado (PC).

PB: O programa deu continuidade com o Projeto desenvolvido pela minha orientadora denominado⁸...

PC: Com o sucesso do programa, demos continuidade ao seu aperfeiçoamento em meu Doutorado.

4) Avaliação dos Programas de Intervenção Precoce

A avaliação dos PIP foi realizada pelos pesquisadores quanto: aos objetivos propostos; ao foco da intervenção; aos procedimentos de triagem; aos procedimentos de avaliação; à participação da família; aos profissionais envolvidos; ao desenvolvimento da criança; e aos resultados obtidos comparados aos resultados esperados e os principais resultados estão apresentados no Gráfico 5.

⁸ O nome do Programa foi suprimido para garantir o sigilo do participante.

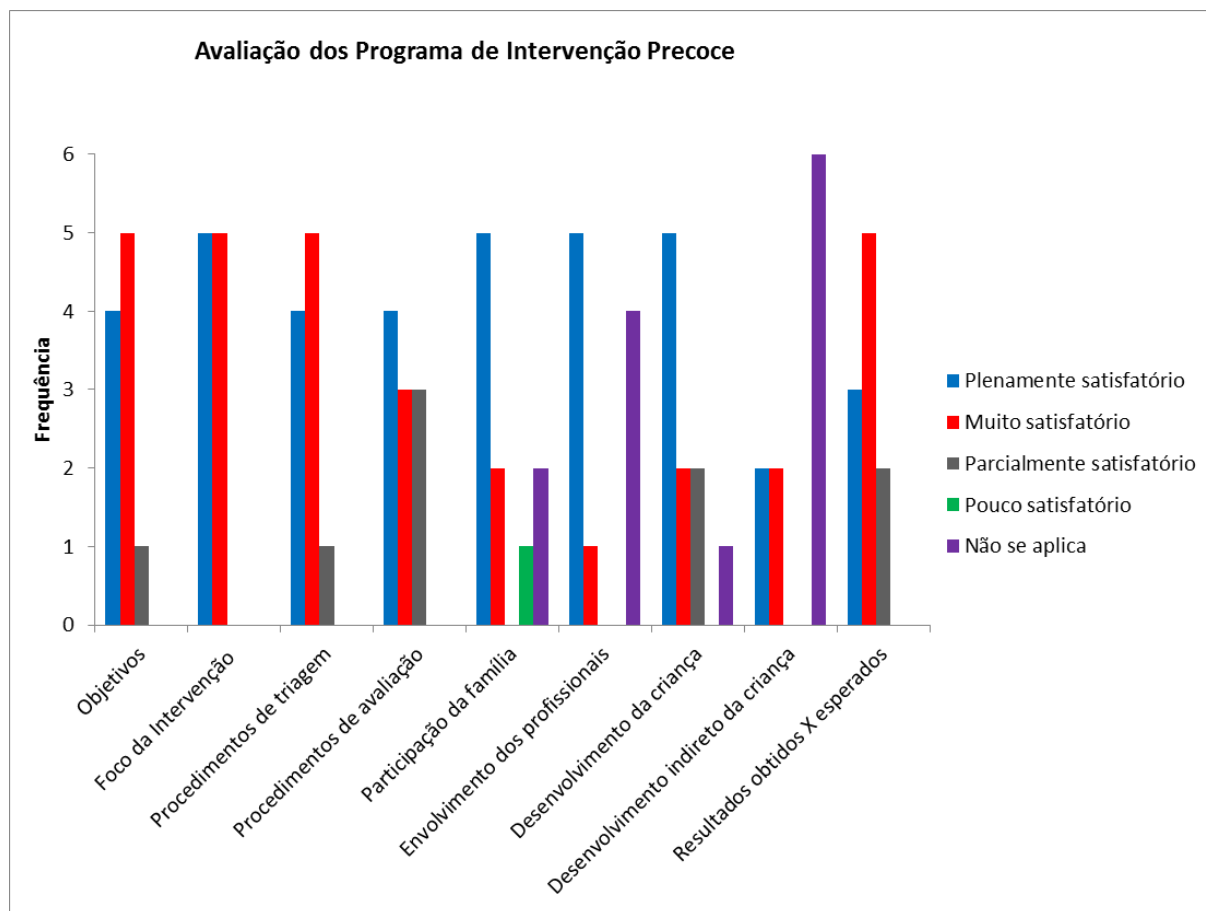


Gráfico 5 – Avaliação das dimensões dos PIP realizada pelos próprios formuladores.

Os pesquisadores avaliaram positivamente os objetivos propostos nos PIP, conforme evidencia o Gráfico 5. Os participantes que consideraram plenamente satisfatórios justificaram suas escolhas em função do aprimoramento do repertório dos seus sujeitos de pesquisa, do desenvolvimento das habilidades trabalhadas nos PIP (PB e PD) e pelos objetivos serem atendidos como planejados (PG e PC). O PC também ressaltou a importância da continuidade da proposta para serem trabalhadas outras questões fundamentais para a intervenção precoce.

PB: Pude perceber que os alunos que participaram do programa tiveram melhoras importantes, que auxiliaram no seu desenvolvimento.

PD: Acredito que a pesquisa pôde contribuir com a prática dos profissionais⁹, refinando ou despertando seus olhares para as crianças com quem vivem. Esses profissionais demonstraram muito interesse nas aulas e participaram enviando diversos materiais (lições), treinando este novo olhar. Além disso, a parceria com profissionais de outras áreas para elaboração do curso foi importante para efetivação de um curso de qualidade. O curso pôde ser moldado durante a oferta quando A conversa e parceria com a orientadora e grupo de pesquisa me auxiliaram grandemente.

PG: Os objetivos definidos no projeto foram atendidos na íntegra.

PC: O programa foi eficaz em sua proposta, embora precisasse de continuidade para abarcar outras questões imprescindíveis para a intervenção precoce de crianças.....

Para aqueles que consideraram os objetivos propostos muito satisfatórios as justificativas utilizadas foram: desenvolvimento positivo dos participantes quanto ao conhecimento sobre o desenvolvimento infantil (PI); dificuldade para incluir outros participantes no grupo de sujeitos e de incorporar os assuntos que os participantes gostariam que fossem tratados (PF); melhora do vínculo pais e bebê (PE e PH) e, os benefícios para os bebês da participação das suas mães/família no processo de intervenção (PH e PJ).

PI: Acredito que o Programa realmente desenvolveu, nos participantes, um olhar mais acurado à respeito do desenvolvimento da criança e a importância do brincar.

PF: O grupo foi muito interessante e importante para tratar de assuntos que envolviam as participantes, além de ter abrangido uma parte da população de uma USF. Contudo, não foi possível atrair outros participantes e tampouco foram questionados aos participantes quais os assuntos que poderiam ser tratados nos encontros. Desta maneira, foi um grupo que aconteceu verticalmente, da pesquisadora para os participantes.

⁹ Expressão alterada para garantir o sigilo do participante.

O estudo piloto¹⁰ teve seus objetivos mais atingidos (considerando as afirmações acima) que o grupo.

PE: Os atendimentos atenderam à expectativa de melhorarem o vínculo entre pais e bebês, muitas vezes dificultado em função de fatores diversos referentes à conflitos inconscientes parentais, mas que se intensificavam na dinâmica de amamentação.

PH: No estudo, os resultados demonstraram que a mãe ao realizar a intervenção trouxe benefícios aos seus filhos ... Pode-se concluir que a intervenção realizada pelas mães não trouxe prejuízos às crianças do estudo, estreitou a relação mãe X bebê e antecipou o ganho obtido¹¹.

PJ: Os objetivos pareciam compatíveis com as necessidades observadas quanto à atendimentos e acompanhamento de perto das famílias com bebês e crianças pequenas com deficiência. Os recursos das próprias famílias eram maximizados com as orientações profissionais. Olhar para a família, mais do que para o indivíduo com deficiência parecia apropriado em termos de maior alcance das intervenções.

Quanto à indicação de possibilidades de tornar os objetivos plenamente satisfatórios, apenas o PJ pontuou a necessidade de reuniões periódicas com a equipe de profissionais.

PJ: Para ser plenamente satisfatório, seria interessante a oportunidade de ter reuniões/contatos periódicos com uma equipe de profissionais realizando o mesmo trabalho.

Por fim, apenas o participante A avaliou os objetivos propostos como parcialmente satisfatórios, pois destacou o fato da não identificação do atraso motor da criança pela família, além desta ter um pequeno envolvimento com a criança. Havia um olhar para a família, pois, dentre outros objetivos, tinha como propósito oferecer um programa de intervenção motora

¹⁰ Expressão alterada para garantir o sigilo do participante.

¹¹ Expressão alterada para garantir o sigilo do participante.

adequado às suas necessidades familiares e verificar se o processo interventivo influencia no contexto familiar.

PA: Me preocupou o atraso..... das crianças não identificado pelas famílias, que esperavam muito da equipe que prestava assistência, mas pouco se envolviam nos cuidados, além da higiene e alimentação, numa fase da vida em que outras interações são importantes.

E como indicação de possibilidades para tornar seu objetivo plenamente satisfatório PA indicou a necessidade de realização de um trabalho de longo prazo com as famílias e profissionais.

PA: Trabalho em longo prazo para maior informação sobre o desenvolvimento infantil aos pais e cuidadores e cuidadores em creches.

Quanto ao foco da intervenção, de acordo com o Gráfico 5, os pesquisadores avaliaram como plenamente e muito satisfatórios. Os primeiros justificaram suas escolhas em função de: não existir um Programa sistematizado como o proposto em sua área (PB); pela relevância da parceria entre a área da saúde e da educação (PD); e pelo aprimoramento das competências parentais (PF e PJ). O PE não justificou sua escolha.

PB: Acredito que ela foi pertinente a minha área de atuação, uma vez que não existem programas de estimulação nesta área¹² sistematizados na literatura.

PD: O foco da intervenção foi uma escolha adequada, pois fez sentido para pesquisadora, já que havia realizado pesquisa anterior com esse público alvo e foi baseado na literatura que engrandecia a parceria saúde-educação.

PJ: O foco na família e ... tornou a intervenção mais rica em termos de aproveitamento dos recursos familiares, companheirismo dos pais, modelo para os filhos, maior envolvimento e responsabilidade por todos na busca por resultados positivos.

¹² Expressão alterada para garantir o sigilo do participante.

PF: O foco da intervenção foi aprimorar competências ... que promovam as práticas parentais adequadas e.... A intervenção foi mensurada e a partir dos dados, foi perceptível que a intervenção obteve os resultados esperados.

Para os participantes que avaliaram como muito satisfatório o foco de intervenção dos seus PIP relataram que: os benefícios do Programa foram mais efetivos para o desenvolvimento da criança do que a participação da família (PA); os ganhos expressivos das crianças que participaram do Programa (PI); a heterogeneidade do grupo de crianças escolhido (PH); a necessidade de a intervenção ser realizada mais precocemente (PC) e, as dificuldades encontradas que interferiram no foco da intervenção, como problemas conjugais (PG).

PA: Foi interessante testar as hipóteses e verificar que a precocidade e intensidade do programa interventivo foram mais impactantes no desenvolvimento infantil do que a participação dos pais nesse processo.

PI: Os participantes realmente apresentaram ganhos significativos ao final do programa de intervenção, o que nos permite inferir que as atividades realizadas foram adequadas à promoção do desenvolvimento dos mesmos.

PH: Os participantes¹³ são muito vulneráveis....por constituírem um grupo heterogêneo..., o grau de complexidade de cuidado oscila muito e muito da atenção as suas necessidades de ser individualizada...

PC: Apesar da idade precoce das crianças, antes de receberem o diagnóstico..., é fundamental e necessário que o foco da intervenção recaia em crianças ainda mais novas e que já apresentam certas dificuldades iniciais em seu desenvolvimento.

PG: No decorrer do estudo, a criança teve muitos problemas de saúde provocando adiamentos de alguns encontros e no bem estar da família. Problemas conjugais...também interferiram no foco (intervenção), tendo sido necessário incluir um encontro social para escuta e apoiar a mãe.

¹³ Expressão alterada para garantir o sigilo do participante.

E, como indicação de possibilidades para que o foco da intervenção fosse avaliado como plenamente satisfatório, apenas os participantes C e G apontaram sugestões: início precoce da intervenção e inclusão de uma rede de apoio à família, respectivamente.

PC: Considerar que a intervenção precoce se inicie em crianças ainda mais novas e que já apresentam prejuízos iniciais em seu desenvolvimento.

PG: PIP deve incluir no planejamento o apoio social à família.

Quanto aos procedimentos de triagem, como apresentado no Gráfico5, cinco participantes avaliaram como plenamente satisfatórios argumentando que este processo foi realizado por médicos com experiência na área (PC e PE); com controle de variáveis (PH) e, de forma extensa para garantir a condição necessária dos sujeitos (PF). O PA não apresentou justificativa.

PC: A triagem foi realizada por...com ampla experiência em identificar prejuízos primários do ...

PE: A triagem se deu...de um modo totalmente subjetivo e adequado à percepção de que o profissional que acompanha essa criança possa detectar dificuldades vinculares e emocionais na família.

PH: A seleção da amostra atendeu às exigências de um ensaio clínico, houve randomização dos sujeitos e a intervenção foi cega para os profissionais da equipe de saúde.

PF: A triagem foi demorada e extensa para se conseguir um número que fosse adequado de participantes, além disso, para garantir a prevenção primária com um público que estivesse em situação de vulnerabilidade.

Os participantes que avaliaram seus procedimentos de triagem como “muito satisfatório” enfatizaram: suas condutas adequadas neste processo (PB e PD); que foram realizados por instituições (PJ) e, por ter sido uma amostra de conveniência (PG).

PB: Acredito que consegui seguir todos os passos necessários para a triagem dos meus participantes.

PD: Participantes adequados para efetivação da proposta.

PJ: A triagem se deu nos programas desenvolvidos pela universidade de atendimento aos bebês e também nas instituições de ensino especial e regular nos dois municípios em que ocorreu.

PG: Não houve divulgação do projeto. A mãe quem procurou a pesquisadora relatando necessitar de ajuda e foi convidada a participar do programa.

Neste caso, apenas dois participantes citaram possibilidades para melhorarem o procedimento de triagem: outra fonte para contatar os sujeitos para a pesquisa (PJ) e uma maior divulgação do projeto (PG).

PJ: Hoje, penso que seria também possível um contato com o pessoal da área de saúde do município, buscando-se registro de nascimento e/ou atendimentos aos participantes

PG: Uma seleção de participantes através de divulgação do projeto de pesquisa nas mídias sociais e associações de pais.

Por fim, a participante I avaliou como parcialmente satisfatório o seu procedimento de triagem, pois considerou o instrumento utilizado muito complexo, gerando muitas dúvidas. Assim, acredita que a utilização de um instrumento mais simples poderia facilitar este processo.

PI: O instrumento adotado na pesquisa...é bastante complexo e, justamente por isso, gerava muitas dúvidas nos sujeitos. Acredito que um instrumento mais simples poderia ter facilitado a triagem dos participantes e otimizado o tempo para início das intervenções.

Quando pedido para analisarem os procedimentos de avaliação utilizados nos PIP, o Gráfico 5 aponta que quatro participantes julgaram como “plenamente satisfatório” em função de ser

baseado em um método específico de estudo da mente (PE); ter sido muito abrangente para dar conta das necessidades das crianças e suas famílias (PJ); e ter sido sugerido a validação do instrumento elaborado (PB). O participante A não justificou sua escolha.

PE: A avaliação deve-se à análise baseada no método de investigação da mente.

PJ: Foi realizada uma avaliação bastante abrangente, com coleta de dados intensiva para propor uma intervenção baseada nas necessidades das crianças e suas famílias.

PB: Considero plenamente satisfatório, pois meu protocolo de avaliação foi elogiado pela banca e inclusive sugeriram que eu fizesse a validação do instrumento, uma vez que ele conseguiu avaliar de forma coerente a intervenção.

Três participantes consideraram muito satisfatório o processo de avaliação, pois: os únicos instrumentos que poderiam ser utilizados para avaliar o constructo definido não eram validados (PF); foi possível realizar análise estatística das variáveis avaliadas (PH) e, poderiam ter realizadas pequenas modificações (PD). Este participante indicou como possibilidade de mudança a adoção de um número maior de avaliações quantitativas.

PF: Apesar de um instrumento ser apenas adaptado e não validado no Brasil e o outro ser ainda com uso incipiente, foram os únicos instrumentos capazes de mensurar as variáveis que o estudo se propunha.

PH: A análise estatística adotada contemplou a avaliação das variáveis do estudo.

PD: Poderiam ter sido realizadas pequenas modificações.....Inserção de mais avaliações quantitativas para facilitação de coleta de dados.

O julgamento parcialmente satisfatório dos procedimentos de avaliação foi realizado por três participantes devido: à complexidade do instrumento escolhido (PI); definição equivocada das categorias de análise (PC) e, à falta de comprometimento dos colaboradores (PG).

PI: ...a complexidade dos instrumentos gerou dúvidas e demora na aplicação e avaliação das crianças.

PC: Certas categorias de avaliação não levaram em consideração a questão primária e central dos prejuízos primários de crianças com

PG: Esse tópico é de fundamental importância para lisura e fidedignidade de um estudo. Portanto os avaliadores (pontuadores) precisam assinarem termo de compromisso e responsabilidade a fim de evitar abandonos ou atrasos nas pontuações.

Para alcançar a avaliação plenamente satisfatória, os participantes C e G indicaram a necessidade de garantir nas categorias de análise a presença de conceitos centrais da sua proposta e a garantia do comprometimento dos colaboradores da pesquisa, respectivamente.

PC: Considerar questões centrais e primárias para o entendimento do

PG: As avaliadoras (pontuadoras) do estudo eram..... As duas primeiras selecionadas desistiram no início e o processo de treinamento foi replicado. Considero fundamental que pontuadores deste método de estudo estejam inseridas em bases de pesquisa, acompanhem toda pesquisa e de preferência sejam estudantes de psicologia.

Quando pedido aos participantes avaliarem a participação da família nos PIP, o Gráfico 5 revela que cinco deles consideraram plenamente satisfatórios o envolvimento familiar no processo de intervenção. Justificaram suas escolhas relatando a participação das mães nas sessões e estas reproduzindo alguns comportamentos aprendidos no contexto domiciliar (PB, PH e PG); e participação ativa das famílias (PJ e PE). Os participantes D e I não responderam esta questão em função de não terem incluído a participação da família nos PIP.

PB: As mães...participavam das atividades, inclusive me auxiliando a estimulá-los. Tinha mãe que eu percebia que cantava também em casa com o filho as músicas utilizadas nas aulas.

PJ: Por ter tido a configuração de intervenções domiciliares, as famílias participaram ativamente. Em alguns momentos as atividades propostas ficaram em segundo plano, mas considera-se que nestes momentos poderiam não estar plenamente alinhadas com as expectativas, com dificuldades da rotina, etc.

PE: Tratando-se de um trabalho de vínculo familiar que ajude na construção de um lugar para a criança, é fundamental a participação de toda a família.

PH: Apenas a mãe foi envolvida na intervenção a fim de evitar um viés estatístico. As mães do grupo de intervenção aderiram ao protocolo de cuidados e essa aderência foi reforçada individualmente para não comprometer o andamento “cego” do estudo. A instituição, na época do estudo, já possuía como rotina permitir a presença da mãe e do pai 24 horas por dia e oferecer refeições às mães mais carentes.

PG: A mãe assumiu o programa com total disponibilidade e atendeu todas as recomendações.

Os dois participantes (PF e PC) que avaliaram o envolvimento familiar como muito satisfatório destacaram a participação dos pais de uma forma inadequada durante o processo interventivo. Para tornar esta avaliação plenamente satisfatória, o participante C destacou a importância dos pais terem um momento de cuidado para eles próprios.

PF: O estudo piloto¹⁴ teve a participação ativa de ambos, com preposições e alcance de dados condizentes com o esperado. O mesmo não pode ser generalizado para o estudo com o grupo, que não pode contar com a participação masculina (que muitas vezes até interviu negativamente no desenvolvimento), mas somente com as mães.

PC: Os pais estavam sempre juntos nos atendimentos e isto foi fundamental para o desenvolvimento das crianças. O único adendo é que, e algumas situações, eles traziam temas não condizentes com a presença das crianças nas sessões.

(...)

Ajudar os pais a encontrarem uma escuta individual para eles.

¹⁴Expressão alterada para garantir o sigilo do participante.

Para o participante A, a avaliação foi pouco satisfatória pois “*As famílias não consideravam necessária sua participação nas atividades propostas porque as crianças não tinham diagnóstico médico de alguma doença, e as mães, principalmente, referiam que o tratamento devia ser realizado por doutores e terapeutas, e não pelas próprias mães*”. E para melhorar esta avaliação destaca o “*Trabalho em longo prazo para maior informação sobre o desenvolvimento infantil aos pais e cuidadores de creches*”.

A participação de outros profissionais nos PIP também foi avaliada pelos pesquisadores, conforme demonstrada no Gráfico 5. Cinco julgaram plenamente satisfatório o envolvimento destes profissionais em função da excelente contribuição (PD e PI); e pela competência apresentada por eles (PB e PC). A participante A não justificou sua escolha.

PD: ...os profissionais envolvidos contribuíram plenamente para a efetivação do curso.

PI: Os se envolveram muito durante a pesquisa, o que foi de extrema importância para a conclusão do trabalho.

PB: As pessoas que me auxiliaram foram muito competentes e auxiliaram muito no processo.

PC: Ela¹⁵ é muito competente e profissional.

A participante J justificou sua avaliação “muito satisfatório” relatando que “*todos os profissionais procurados que atendiam as crianças, desde equipe de estimulação precoce, até professores das escolas de educação infantil, se prontificaram a conversar e trocar informações sobre a criança*”. E como sugestão para a melhoria deste envolvimento relatou que “*apenas uma profissional não quis participar de uma proposta de dar dicas sobre a estimulação das crianças em casa porque entendeu que isso não competia aos pais, os quais não tinham preparo técnico para isso. As instituições muitas vezes limitam o acesso aos profissionais, precisando de autorizações, marcar horários de forma indireta (não diretamente com os profissionais) e isso*

¹⁵ Expressão alterada para garantir o sigilo do participante.

pode gerar ruídos nas informações transmitidas, comprometendo a troca e o apoio mútuo visando o bom desenvolvimento das crianças”.

Para os quatro trabalhos restantes os pesquisadores não contaram com a participação de outros profissionais neste processo de intervenção.

PF: Infelizmente o trabalho não envolveu demais profissionais que não fosse a pesquisadora, portanto não posso considerar a satisfação com profissionais efetivamente.

PG: Não teve participações de profissionais.

PH: Não houve envolvimento de profissionais no estudo, com exceção do orientador e de uma bolsista de pesquisa que colaborou na coleta de dados das variáveis estudadas. Após a randomização dos sujeitos, apenas a pesquisadora foi responsável pela orientação e pelo seguimento da intervenção junto às mães.

Quanto ao desenvolvimento da criança, o Gráfico 5 demonstra que cinco participantes consideraram os efeitos obtidos plenamente satisfatórios. Como justificativa observaram a evolução do desenvolvimento das crianças (PE, PH, PG, PB e PI).

PE: Observa-se uma resposta significativa no desenvolvimento emocional da criança a partir da intervenção.

PH: O crescimento foi avaliado semanalmente e se mostrou semelhante ao do grupo controle.... Na análise estatística realizada estar no grupo de intervenção foi um preditor significativo...

PG: A criança respondeu muito bem à mudança nos estilos de comunicação das cuidadoras, aumentando as frequências de iniciativas e respostas. Na fase de linha de base, a comunicação da criança era marcada por comportamentos desadaptativos: quando não queria algo, mordida a cuidadora; quando algo era de seu agrado e queria continuidade, beliscava; quando “feliz”, excitado por alguma cena que via nos vídeos na televisão, batia a cabeça na parede; quando gostava de uma cena e sabia que se aproximava – no vídeo – cobria os olhos com a mão e sorria (em direção ao chão).

Esses comportamentos foram substituídos por comunicações orais, sorrisos ou pegar na mão das cuidadoras e conduzir ao objeto do seu desejo. A criança ficou mais calma e atenta ao entorno. Quanto as cuidadoras, na fase inicial expressam frustrações do quanto era difícil substituir padrões de comportamentos (delas mesmas), quando por exemplo, temendo ser mordida ou beliscada, preferiam não insistir com a criança ou ficavam tão intensas (e envergonhadas), que evitavam dizer “não” à criança. O resultado do estudo demonstrou que as díades passaram a ter uma cumplicidade e compreensão na comunicação visual e oral, talvez em virtude da mudança desses padrões, eliminando os comportamentos desadaptativos.

PB: As crianças participantes tiveram uma ótima melhora no desenvolvimento motor.

PI: Acredito que, ao que se propunha, o Programa alcançou objetivos bastante satisfatórios, promovendo importantes ganhos na linguagem e comunicação dos bebês.

Dois participantes avaliaram o desenvolvimento da criança como muito satisfatório em função de se ter trabalhado com os pais os cuidados na gestação e no primeiro ano de vida da criança (PF) e por ter sido possível observar os ganhos que as crianças tiveram em seu desenvolvimento (PJ).

PF: A proposta envolveu o trabalho com pais¹⁶, portanto, todo o conteúdo de cuidado na gestação e no primeiro ano de vida das crianças foi trabalhado, com a proposta de este cuidado ser previamente transmitido.

PJ: Os resultados do programa foram satisfatórios em termos de desenvolvimento das crianças, tendo sido observados ganhos em diversas áreas.

A participante J ainda indicou como possibilidade de melhorar esta avaliação a formação de um grupo controle e a inclusão da participação de toda a família neste processo.

PJ: Devido ao pequeno número de participantes, não foi possível formação de grupo controle para comparação dos resultados. Também havia o objetivo de mensurar a

¹⁶ Expressão alterada para garantir o sigilo do participante.

contribuição paterna, mas os programas devem envolver todos da família, para maximizar os ganhos no desenvolvimento da criança alvo.

A avaliação parcialmente satisfatória foi escolhida por dois participantes em função de o programa ter produzido efeitos positivos no desenvolvimento da criança (PA) e por as crianças não desenvolverem questões afetivas (PC). Este participante ainda destacou a importância do aprofundamento da pesquisa e do desenvolvimento da relação afetiva entre as crianças e seus cuidadores.

PA: Foi tranquilizador observar que o programa interventivo produziu efeitos positivos no desenvolvimento motor de todas as crianças da amostra.

PC: As crianças desenvolveram as categorias do programa, mas, em algumas situações, não o faziam com conexão afetiva.

(...)

Aprofundamento da pesquisa e criação de um programa de intervenção precoce em minha pesquisa de doutorado, almejando que as crianças desenvolvessem comportamentos a partir da sua conexão afetiva com os cuidadores.

Esta questão não se enquadrava no trabalho do participante D.

Para o desenvolvimento indireto da criança, os dados apresentados no Gráfico 5 revelam que apenas quatro participantes avaliaram esta questão. Dois consideraram plenamente satisfatório por focarem na díade cuidadoras X criança (PG) e por acreditar em um trabalho mais promissor com os pais (PJ). E dois participantes avaliaram como muito satisfatório o desenvolvimento indireto da criança pelo fato dos sujeitos da pesquisa terem conseguido identificar variáveis que poderiam interferir no desenvolvimento infantil (PD) e, em função da intervenção realizada, as mães teriam melhores condições para manterem um bom desenvolvimento das crianças (PF).

PG: Intervenção foi focada nas díades – cuidadoras X criança.

PJ: Trabalhar com os pais para estimularem as crianças pareceu mais promissor que trabalhar com a criança diretamente de forma isolada.

PD: Educadores de creche responderam às avaliações do curso com foco no desenvolvimento infantil e identificando possíveis adversidades, fatores de risco, e fatores de proteção que poderiam interferir no desenvolvimento.

PF: Como é uma inferência, considerando o conteúdo da intervenção, acredito que pelos resultados dos instrumentos, as mães teriam maiores recursos para trabalharem em favor do bom desenvolvimento infantil.

Para os participantes A, B, C, E, H, I esta questão não se enquadrava nas pesquisas que realizaram.

Quando indagados sobre os resultados obtidos versus os resultados esperados três participantes I, E e D julgaram como plenamente satisfatório, porém apenas D justificou sua avaliação em função da intervenção ter desenvolvido o entendimento nos sujeitos da importância do seu papel na realização da vigilância do desenvolvimento, de acordo com o indicado no Gráfico 5.

PD: Profissionais¹⁷ puderam identificar fatores de risco e proteção ao desenvolvimento infantil. Pode-se notar que a parceria entre os profissionais da saúde e educação foi destacada nos relatos obtidos no pós-teste, as participantes puderam perceber a importância da sua atuação junto aos profissionais da saúde para a efetivação da vigilância do desenvolvimento.

Para cinco participantes esta avaliação foi muito satisfatória, pois houve uma melhora no desenvolvimento da criança (PB); demonstrou a importância da participação das mães neste processo de intervenção (PH); desenvolveu um maior conhecimento sobre o desenvolvimento infantil e as práticas parentais adequadas (PF); adequado para a duração da pesquisa (PG); e os pais atingiram as expectativas da proposta (PJ). Este participante ainda indicou a necessidade dos pais terem uma rede de apoio para dar conta de suas questões pessoais.

PB: Eu fiquei muito satisfeita com os resultados, pois os alunos tiveram uma melhora considerável no desenvolvimento motor.

¹⁷ Expressão alterada para garantir o sigilo do participante.

PH: Os resultados obtidos sinalizam a importância de se agregar a mãe aos cuidados da criança¹⁸ durante a hospitalização e continuar os seguintes.

PF: Os resultados dos instrumentos foram bastante satisfatórios em favor do conhecimento sobre desenvolvimento infantil e práticas parentais favoráveis.

PG: Para o tempo do estudo foi plenamente satisfatório.

PJ: Os pais corresponderam à expectativa, participando e se envolvendo na estimulação dos filhos.

(...)

Os pais podem precisar de uma rede de apoio, com encontros entre eles e atendimentos direcionados à suas necessidades próprias, como aquelas relacionadas ao stress, satisfação parental, empoderamento, satisfação conjugal, depressão, estratégias de enfrentamento, funcionamento familiar e suporte social.

Por fim, para os participantes A e C, a avaliação foi parcialmente satisfatória, pois a proposta de intervenção foi mais impactante do que o esperado pela pesquisadora e pelo fato de desenvolver comportamentos sem vínculo com a relação afetiva pode não oferecer condições satisfatórias para o desenvolvimento infantil, respectivamente. O participante C enfatiza a importância do desenvolvimento da relação afetiva para a população do estudo.

PA: Imaginava que a participação dos pais seria fundamental para o progresso motor dos seus filhos, por tudo o que estudamos e acreditamos. Na amostra acompanhada, a intervenção proporcionada pela pesquisadora foi muito mais importante.

PC: ...desenvolver categorias e comportamentos do desenvolvimento sem conexão afetiva não modifica plenamente o desvio do desenvolvimento da criança com.....

(...)

¹⁸ Expressão alterada para garantir o sigilo do participante.

...o principal é ajudar a criança a desenvolver a habilidade de conexão afetiva, tal como fomentado em meu programa de intervenção precoce realizado em meu Doutorado.

Quando indagados se fariam alguma alteração no Programa de Intervenção proposto nove participantes disseram que fariam algum tipo de mudança, apenas o PB disse que não faria em função de ter conseguido alcançar seus objetivos.

Quanto às alterações pode-se citar as sugestões: mudança de foco da intervenção como estudos com recém-nascidos com extremo baixo peso (PH) e o desenvolvimento da habilidade de conexão afetiva com as crianças (PC); de ampliação do período de seguimento do estudo aumentando, assim, o tempo de avaliação de follow-up (PG); a ampliação da duração da intervenção e a inserção de um grupo controle (PA); proporcionar a capacitação do profissional envolvido no Programa (PI); alteração do formato das tarefas propostas (PD); maior flexibilidade do PIP de acordo com a demanda (PE); mudança do modelo centrado no profissional (PF); e, por fim, um Programa que envolva a interdisciplinaridade e a continuidade da intervenção desvinculada da proposta deste estudo (PJ).

PH: ...Acho importante adequar a intervenção aos serviços do conhecimento e estudar com maior profundidade o uso da intervenção nos RN com extremo baixo peso, cuja mortalidade reduziu nos últimos tempos e nos micro prematuros cuja sobrevivência requer metodologias de cuidado que estão em curso de validação.

PC: ...acréscimo de categorias para ajudar a criança a desenvolver a habilidade de conexão afetiva...

PG: Aumentaria o tempo de follow-up para um mínimo de nove meses após o término da intervenção, e preferencialmente uma segunda fase de follow-up 24 meses, uma vez que dois anos após a criança desenvolveu outras habilidades, tal como passou a se comunicar por desenho e ampliou o repertório de palavras verbais, e esses ganhos não foram creditados ao estudo. Incluiria também um pesquisador da psicologia para análise das pontuações.

PA: Planejaria uma intervenção mais estendida, com a possibilidade de comparar dados com grupo placebo.

PI: Provavelmente ofereceria uma capacitação inicial mais aprofundada no uso do instrumento¹⁹ para que houvesse menos equívocos na aplicação do mesmo e mais agilidade no início das intervenções com os bebês.

PD: Faria poucas alterações, talvez nos formatos das tarefas..... , a fim de também facilitar e organizar a identificação dos resultados.

PE: Em se tratando de um trabalho que considera as diferenças peculiares de cada caso, é fundamental a flexibilidade do profissional de modo a acolher as diferenças e demandas, para alterar o número de vezes de atendimento ou enquadre (consultório, residência).

PF: Daria mais voz às participantes em busca de conhecimento e práticas que poderiam ser traduzidos por elas ao invés de ser a fonte das informações e da intervenção para com elas.

PJ: Trabalharia com os pais em grupos e com outros profissionais como convidados, colaborando nas suas áreas específicas, de acordo com as necessidades apresentadas pelas famílias. Também intensificaria o contato com os profissionais atuando com as crianças fora do programa.

Referente à questão sobre se os participantes gostariam de acrescentar mais alguma informação que considerassem pertinente, apenas quatro apresentaram suas considerações. A ênfase para a prioridade dos PIP foi unânime diferenciando nos enfoques para a população autista (PG) e nos recém-nascidos de muito baixo peso (PH). Além disso, destacaram: a importância de intervenção no modelo focado na família (PG); o investimento em capacitação de profissionais (PD) e nas variáveis que podem influenciar os efeitos da intervenção nos recém-nascidos como as condições socioeconômicas e nas usuárias da saúde pública versus as da saúde privada.

¹⁹ Expressão alterada para garantir o sigilo do participante.

PJ: Acho que é necessário fortalecer os estudos que demonstrem que o investimento em programas de intervenção precoce é vantajoso e tão importante quanto o investimento em programas de atenção à população. Devemos atuar fortemente no nível preventivo, como propõe os programas de intervenção precoce.

PG: ...No presente trabalho, uma importante contribuição refere-se ao caráter metodológico, que envolveu o delineamento do tipo A-B-C e análise comparativa de pré-teste (linha de base) e pós-teste (follow-up), bem como o diálogo entre os dados quantitativos e qualitativos, dos registros de campo da pesquisadora. Desse modo, permitiu uma visão ampla, incluindo aspectos sobre generalizações de comportamento e validade social dos efeitos da intervenção. (...) Dada a escassez de estudos desse tipo no Brasil – tanto em termos metodológicos como em intervenção precoce.....– a importância desta investigação é notória. (...) Futuras investigações no modelo de intervenção desenvolvimentista focada na família são necessárias para confirmar a sua eficácia com cuidadores primários (pais) e secundários (babás e professores do ensino infantil) em contextos diferentes (por exemplo, residências e creches) e em famílias de diferentes situações socioeconômicas.

PH: ...Ressalto que a vulnerabilidade e a dependência desses bebês se mantêm após a alta, pois o nascimento prematuro tem impacto significativo sobre os indicadores de morbidade e mortalidade no primeiro ano de vida. Por isso considero importante que existam intervenções que aproximem a mãe e os pais dos seus filhos prematuros, estreitem essa relação de cuidado; e, que, outros pesquisadores investiguem os efeitos, positivos ou negativos, dessa prática de cuidado com populações distintas. Penso que a intervenção, que foi realizada pela mãe sem a participação das equipes de saúde e sem prejuízo ao bebê, possa ser absorvida como prática de cuidado sob supervisão direta dessas equipes; o que, no meu entendimento poderia trazer os benefícios que nosso estudo não conseguiu comprovar. Outro aspecto relevante a ser considerado é o fato de que a população do nosso estudo era predominantemente usuária do SUS em função do perfil da própria instituição. Indago: Qual seria o efeito da intervenção onde a população de mães fosse usuária de instituições privadas ou vinculadas a outros convênios de saúde?

PD: Acredito que programas de intervenção precoce devem ser prioritários nas áreas de educação e saúde, e que cursos/capacitações para os profissionais destas áreas devem receber cada vez mais investimento.

Resumindo, os dados apresentados parecem indicar que: oito em dez programas têm duração de até 12 meses, um tempo que pode não ser suficiente para mudanças significativas no repertório do participante; e que quatro em dez PIP não contaram com financiamento. A Universidade mostrou-se ser um “veículo” promissor para o desenvolvimento de Programas de Intervenção Precoce no país, pois seis em 10 tiveram auxílio financeiro das agências de fomento e a continuidade dos dois PIP após o encerramento da pesquisa deu-se em função do envolvimento de docentes da Universidade, seja pela possibilidade de continuidade no Doutorado, seja por incorporar o programa como projeto de extensão. Mesmo assim, os financiamentos se referem a bolsas de pesquisa que tem um prazo restrito de validade, tempo esse talvez insuficiente para alterar favoravelmente o desenvolvimento infantil; oito em dez PIP, como era previsto, terminaram junto com a pesquisa.

Os PIP de forma geral foram bem avaliados por seus proponentes. Apesar disso, destacam-se alguns pontos importantes quanto às avaliações que podem ser subdivididos em positivos e negativos. Estes últimos, embora em frequência muito inferior aos primeiros, podem oferecer indicações igualmente substanciais para a análise dos programas de Intervenção Precoce. Dentre os pontos positivos podem ser identificados os resultados bem sucedidos obtidos de forma direta com os participantes dos programas, por exemplo, competências parentais, aprimoramento do repertório comportamental, desenvolvimento de habilidades, vínculo pais-bebê, atendimento às necessidades pais-bebê, conhecimento sobre desenvolvimento infantil, importância do cuidador na vigilância do desenvolvimento e, ainda, os efeitos indiretos no desenvolvimento da criança ao investir no desenvolvimento de habilidades maternas e nas parcerias realizadas entre a área da saúde e da educação. Também tiveram avaliação positiva algumas questões de ordem metodológica como: atendimento aos objetivos da forma planejada, caráter inovador da proposta, heterogeneidade do grupo de crianças, controle de variáveis, triagem realizada por especialistas, amostra de conveniência, análise estatística.

Como pontos negativos os proponentes dos programas apontaram: desconsideração de questões afetivas entre cuidadores e crianças, dificuldade de incluir outros participantes,

dificuldade de incorporar assuntos de interesse dos participantes, ausência de envolvimento familiar, dificuldade em reconhecer a capacidade para lidar com os próprios filhos, transferência de responsabilidade para o expert, falta de comprometimento dos colaboradores e, mediação da instituição pode gerar ruídos de comunicação. Questões de ordem metodológicas também tiveram avaliação negativa, como: descontinuidade do programa, emprego de instrumentos não padronizados e complexos e, problemas com as definições das categorias de análise.

Os participantes apontaram como pontos a serem aperfeiçoados e que dizem respeito ao aprimoramento dos aportes teóricos que fundamentam os programas de intervenção precoce: investimento na capacitação profissional, empregando modelos transdisciplinares de atuação; maior flexibilização dos programas levando em conta necessidades e interesses dos envolvidos; estabelecer uma relação colaborativa com a família ao lhe proporcionar uma rede de apoio, bem como de lhe propor condições mais efetivas de participar do processo de intervenção precoce na perspectiva do modelo centrado na família e, por fim, mudança de foco da intervenção se voltando para idades mais precoces e ampliando para as pessoas que estão ao entorno da criança.

Além disso, indicaram questões a serem aprimoradas relativas à organização dos programas e ao planejamento das ações a serem desenvolvidas: extensão maior da intervenção; período de seguimento; proposição de grupo controle; alteração das tarefas propostas, continuidade da intervenção ao término da pesquisa; avaliações quantitativas; ampliação das fontes de recrutamento, maior divulgação do projeto e presença de conceitos centrais nas análises de dados.

DISCUSSÃO

Os apontamentos indicados pelos propositores assinalam na direção do que Guralnick (1997) afirma sobre a necessidade de alteração em questões conceituais e metodológicas de modo a garantir melhores resultados para a criança e para a família. No nível conceitual recomenda integrar princípios teóricos da perspectiva desenvolvimental, características específicas das crianças (em risco ou com deficiência) e das condições das interações pais-criança. No nível metodológico, indica a adoção de estudos longitudinais, a necessidade de grupo controle, uso de medidas e procedimentos de avaliação padronizados de modo que a subjetividade do avaliador não seja um fator interveniente e a proposição de delineamentos experimentais de forma que os efeitos específicos nos resultados finais possam ser dimensionados adequadamente com relação às características da criança, das famílias e dos programas colocados em prática.

De algum modo, o movimento necessário para o aprimoramento das práticas relacionadas aos PIP de acordo com o identificado pelos proponentes tende a se conformar também com o apontado por Richmond e Ayoub (1993 apud Pimentel, 2005) ao descreverem mudanças nas últimas décadas relativas a modelos, conceitos e práticas no campo da intervenção precoce, ou seja: do enfoque da reabilitação ao da prevenção; da multidisciplinaridade para a transdisciplinaridade; do modelo baseado nos serviços para o de recursos; do foco exclusivo na criança para a colaboração entre profissionais e família e da ênfase nas medidas cognitivas da criança às medidas mais abrangentes.

Um estudo de Bobrek e Gil (2016) mostrou que a maioria dos profissionais participantes da pesquisa não considerou seu curso de graduação como capaz de oferecer uma formação adequada que atendesse as demandas do trabalho que realizam hoje nas instituições nas quais trabalham. Este dado demanda investimento na formação destes profissionais, uma condição também apontada pelo presente estudo. Por outro lado, metade dos participantes deste estudo disse que a maior dificuldade no trabalho realizado nas instituições é o baixo envolvimento, pouca participação da família neste processo de estimulação precoce, o que denota que ainda nos dias de hoje a prevalência de modelos centrados no profissional ainda persiste no contexto brasileiro, evidenciando que há muitas alterações nas proposições de PIP em nosso país.

Vitolo, Gama e Campagnolo (2010) avaliaram a frequência do uso do serviço de puericultura no setor público e quais fatores estavam associados à esta conduta no primeiro ano de vida da criança. Os resultados indicaram que a grande maioria da população procura os serviços de saúde em função de uma doença já instalada e que o acompanhamento sistemático das crianças é desnecessário, reforçando a ideia de que o enfoque ainda recai sobre o princípio da reabilitação e que ainda se está muito distante de ações de caráter preventivo. Desta forma, Blank (2003) ressalta a importância de ações educativas com o objetivo de conscientizar os pais sobre o acompanhamento do desenvolvimento infantil de forma contínua.

Estes dados nos deixa como questão - se há o reconhecimento da importância da família na estimulação precoce, o que está sendo feito na direção de incluir as questões de âmbito familiar nos programas de intervenção precoce? Portanto, como salienta Pimentel (2005, p. 121) a questão subjacente não é mais “será que a intervenção é eficaz, mas sim, que tipo de intervenção, para quem e para que contexto se torna eficaz?”.

A primeira geração de pesquisas em intervenção precoce tinha como questão norteadora se a intervenção proposta era ou não efetiva. Já a segunda geração propunha a identificação de características específicas dos PIP que estariam associadas a resultados favoráveis para crianças e famílias (GURALNICK, 1997). E a terceira geração, segundo Dunst (2000), estaria voltada para princípios e práticas de intervenção centrada na família, incluindo a promoção de desenvolvimento, forças e empoderamento e modelos baseados em recursos e parcerias. Desta forma, embora o prazo limitado para a conclusão das dissertações e teses possa ser visto como um fator restritivo para a continuidade dos PIP, o que foi observado foram propostas de intervenção mais voltadas à primeira geração de pesquisas de acordo com os autores citados. Neste sentido, seria recomendável que os estudos sobre PIP se voltassem a responder questões voltadas a segunda e terceira gerações.

No último ano, foi sancionada a Lei 13.257 (BRASIL, 2016) que dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância, na qual há indicações importantes no que diz respeito à população infantil brasileira. Para o interesse do tema apresentado nesta tese destacam-se três artigos, a saber:

Art. 5º Constituem áreas prioritárias para as políticas públicas para a primeira infância a saúde, a alimentação e a nutrição, a educação infantil, a convivência familiar e comunitária, a assistência social à família da criança, a cultura, o brincar e o lazer, o espaço e o meio ambiente, bem como a proteção contra toda forma de violência e de pressão consumista, a prevenção de acidentes e a adoção de medidas que evitem a exposição precoce à comunicação mercadológica.

Art. 6º A Política Nacional Integrada para a primeira infância será formulada e implementada mediante abordagem e coordenação intersetorial que articule as diversas políticas setoriais a partir de uma visão abrangente de todos os direitos da criança na primeira infância.

Art. 10. Os profissionais que atuam nos diferentes ambientes de execução das políticas e programas destinados à criança na primeira infância terão acesso garantido e prioritário à qualificação, sob a forma de especialização e atualização, em programas que contemplem, entre outros temas, a especificidade da primeira infância, a estratégia da intersetorialidade na promoção do desenvolvimento integral e a prevenção e a proteção contra toda forma de violência contra a criança. (Brasil, 2016, p.1)

Como pode se perceber dentre as áreas prioritárias tem-se o cuidado e atendimento à família juntamente com outros contextos educativos como a Educação Infantil e a atenção para a saúde que poderiam ser desenvolvidas por meio de uma abordagem interssetorial, sem deixar de apontar a importância de investimentos na formação de quadros profissionais que atuem junto à primeira infância. Sem dúvida, não se pode negar que a produção de conhecimento a partir de teses e dissertações analisadas na presente tese, os resultados de análises como as de Black et al. (2016); Britto et al. (2016) e Richter et al. (2016), além da formulação de políticas públicas se constituem em um substrato importante para que ações na comunidade sejam efetivadas em prol desta população. No entanto, faz-se necessário mais que um sentimento otimista de que realmente haverá um foco específico para a primeira infância.

Brofenbrenner (2011) argumenta que a relação entre a ciência e a política pública deve ser de integração funcional e não meramente complementar e justifica da seguinte forma:

O conhecimento e análise das políticas públicas são essenciais para o progresso da pesquisa desenvolvimental porque chamam a atenção do investigador para aspectos do ambiente imediatos e remotos, que são críticos para o desenvolvimento cognitivo, emocional e social da pessoa. Esse conhecimento e análise também podem revelar suposições ideológicas subjacentes, e às vezes profundamente limitantes, na formulação dos problemas e delineamentos de pesquisa, portanto, no alcance dos possíveis achados. Uma integração funcional entre a ciência e as políticas públicas naturalmente não

significa que as duas podem ser confundidas. Ao examinar o impacto das questões políticas na pesquisa básica sobre desenvolvimento humano, é essencial distinguir as interpretações fundamentadas na evidência empírica daquelas enraizadas em uma preferência ideológica (Bronfenbrenner, 2011, p. 91).

Ao concluir a discussão dos resultados deste trabalho foram recuperados alguns dados estatísticos que indicam a fragilidade dos recursos e apoios voltados para as crianças nos três primeiros anos de vida e, em certa medida, equacionam a dimensão do compromisso social de profissionais, políticos e pesquisadores com a primeira infância. A análise dos dados do Censo da Educação Básica (INEP, 2014) com foco voltado para as matrículas em creche, no período de 2007 a 2012, verifica-se um aumento de 10% no total de matrículas, chegando ao último ano do levantamento a atingir apenas 24% das crianças de zero a três anos residentes no país. Isto significa dizer que mais de 75% das crianças brasileiras contam exclusivamente com os recursos familiares para proverem as suas demandas de desenvolvimento, pois não dispõem dos recursos educacionais²⁰ complementares a esta tarefa.

Black et al. (2016) apresentam dados estatísticos em nível mundial e anunciam que 43% das crianças²¹ de países de baixa e média renda estão em situação de risco de não atingirem plenamente seu potencial de desenvolvimento e alegam fundamentalmente duas razões para esta situação: a) falha em aplicar o conhecimento científico disponível sobre estratégias e recursos para estimulação de desenvolvimento infantil e, b) falha em agir em larga escala, usando abordagens multissetoriais nos estágios críticos de desenvolvimento nos anos iniciais da vida de uma criança. Neste sentido, é possível afirmar que a primeira razão se relaciona à dificuldade de transposição dos conhecimentos acadêmicos aos programas de intervenção precoce e a segunda razão se direciona para a formulação de políticas públicas que consiga interrelacionar as ações de forma a se tornarem realmente efetivas.

²⁰ Não significa dizer que a Educação Infantil no Brasil está isenta de críticas em relação a sua qualidade no oferecimento. No entanto, para crianças de famílias de baixa renda tem sido um importante fator de proteção ao seu desenvolvimento.

²¹ Isso significa dizer quase uma vez e meia a população atual do Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve por objetivo a realização de dois estudos. O Estudo A foi composto por duas etapas que tinham por objetivos: Etapa 1: Identificar e analisar, nos últimos 10 anos (2005-2014), as teses e dissertações produzidas em programas de pós-graduação brasileiros que tiveram o objetivo de desenvolver propostas de Programas de Intervenção Precoce para o desenvolvimento infantil buscando captar as principais variáveis estudadas e, Etapa 2: Avaliar as propostas de Programas de Intervenção Precoce desenvolvidas nas pesquisas identificadas na etapa anterior, com base em critérios estabelecidos na literatura da área.

O Estudo B teve por objetivo de descrever as avaliações a posteriori dos pesquisadores responsáveis pela proposição e execução dos Programas de Intervenção Precoce, bem como a continuidade do trabalho após a conclusão da pesquisa.

Para efeito de organização, serão apresentadas primeiramente as principais questões de pesquisa a serem respondidas pelo Estudo A, as respostas obtidas na investigação e a avaliação se estas atenderam totalmente, parcialmente os objetivos a que se propuseram para, em seguida, relatar de forma idêntica os achados referentes ao Estudo B.

As questões de pesquisa levantadas no Estudo A que se referiram a etapa 1: Qual a caracterização dos programas de intervenção precoce (PIP) para o desenvolvimento infantil desenvolvidas em teses e dissertações brasileiras? Com esta questão se pretende descrever como a pesquisa que emprega programa de intervenção precoce foi apresentada, como por exemplo: a população alvo, o método de pesquisa empregado, os instrumentos utilizados, a intervenção propriamente dita, o contexto no qual se efetiva, as habilidades /comportamentos alvo da intervenção, resultados obtidos, limitações e futuras pesquisas.

Os resultados desta etapa revelaram que os objetivos dos programas de intervenção predominantemente se voltaram para intervenções consideradas indiretas (programas de capacitação de mediadores) e mistas (tanto na capacitação de mediadores quanto na intervenção direta com as crianças). Os participantes foram em sua maioria crianças e cuidadores (mães/pais). A maior frequência de trabalhos estava envolvida particularmente com riscos para o desenvolvimento e deficiências e apenas uma parcela foi considerada na categoria de prevenção. A metodologia de pesquisa foi bastante diversificada sendo que apenas um trabalho adotou

medida pré- e pós-teste com grupo controle equivalente. Outros oito trabalhos assumiram delineamentos de avaliações pré- e pós-intervenção e com grupos controle não equivalentes. Os instrumentos escolhidos dizem respeito a avaliação de uma variedade de dimensões com predominância dos não padronizados.

O tipo de intervenção se concentrou no modelo centrado no profissional, seguido de uma vertente mista que apresentavam características dos dois tipos de abordagem e apenas uma pesquisa se referiu exclusivamente ao modelo centrado na família. Os contextos de realização dos programas foram majoritariamente creches, universidade e residência dos participantes. As habilidades e comportamentos alvo da intervenção mais frequentemente trabalhadas diziam respeito ao desenvolvimento infantil e a capacitação do profissional e da família com resultados positivos de forma expressiva.

As limitações dos estudos foram identificadas em 14 estudos tendo na sua grande maioria menções relativas ao delineamento e procedimentos de pesquisa. As principais indicações de futuros estudos se relacionam ao envolvimento familiar seguida de questões metodológicas. Deste modo, as questões de pesquisa levantadas foram respondidas na sua integralidade.

Para a etapa 2 do Estudo A foram propostos os seguintes questionamentos: Como se caracteriza a avaliação dos programas de intervenção precoce? Esta questão objetivou explorar as dimensões avaliativas dos programas, podendo incluir os níveis de abrangência de sua inserção, comunidade, família, como atuam no nível das crianças em termos de desenvolvimento, aprendizagem e comportamento, como se configuram em termos das intervenções, profissionais envolvidos, formação, avaliação dos seus efeitos e instrumentos utilizados.

Os resultados desta etapa revelaram que as análises do nível da comunidade indicaram que a maior parte dos estudos empregou como procedimento de encaminhamento para os PIP amostras de conveniência com inúmeros critérios de elegibilidade e, conseqüentemente, não houve por parte dos autores explicitação sobre os procedimentos de triagem. As informações dadas às famílias aconteciam no início do estudo, preferencialmente de forma individual, cujo conteúdo não foi descrito no trabalho. As indicações dos participantes elegíveis para o PIP apresentavam nível restrito de abrangência. Relativo a nível família, as pesquisas incluíram uma diversidade de informações sobre as necessidades e condições familiares e na avaliação do meio dez trabalhos a

empregaram de forma a avaliar as características sócio demográficas. Foi identificado um decréscimo na participação e envolvimento familiar, pois foi mais frequente nos momentos iniciais como entrevista de acolhimento e apresentação do PIP em comparação às decisões partilhadas pela família e planeamento de apoio à família. No nível das crianças, o foco dos PIP foi à participação da vida social e autonomia. E, finalmente, no nível do PIP os profissionais atuavam de forma individual com formações diversificadas dadas nos cursos de graduação, sendo que somente em seis estudos foram apontadas formações específicas em intervenção precoce. Apenas um trabalho apresentou uma equipe multidisciplinar de profissionais. Em seis pesquisas foram apresentados planos de atividades para a intervenção contemplando os seguintes itens: objetivos, materiais, procedimentos de ensino e de registro. Os planeamentos foram realizados de forma rígida, pois em apenas dez pesquisas foi possível identificar possibilidades de revisão da proposta. As avaliações focalizaram a eficácia dos programas, foram realizadas internamente pelos próprios profissionais que utilizaram indistintamente instrumentos padronizados e não padronizados sendo que um número considerável deles explorou o auto relato. Poucos estudos expressaram preocupação com a devolutiva aos participantes. De igual modo, depreende-se da análise realizada que os objetivos da etapa 2 do Estudo A foram plenamente atendidos.

O Estudo B objetivou responder às seguintes questões de pesquisa: Os programas de intervenção precoce se mantêm após a conclusão da pesquisa, ou seja, passam a fazer parte da rotina de atendimento a uma determinada população ou se encerram com o término da pesquisa? Como os propositores do PIP avaliam suas propostas a posteriori?

Oito dos trabalhos, cujos autores participaram desta etapa do trabalho afirmaram que os programas propostos se encerraram com o término da pesquisa. Quanto à avaliação dos programas de Intervenção Precoce, o item mais bem avaliado foi o foco da intervenção, em segundo lugar foram os itens de objetivos e procedimentos de triagem; em terceiro lugar ficaram os procedimentos de avaliação e resultados obtidos x esperados; em quarto lugar ficaram os itens relativos à participação da família e desenvolvimento da criança e por último o envolvimento dos profissionais. De modo geral, as avaliações foram positivas.

Desta forma, depreende-se que as questões propostas para os dois estudos desenvolvidos nesta tese foram respondidas na sua integralidade.

Como limitações do estudo podem ser apontadas as seguintes questões. Em primeiro lugar os critérios de inclusão/exclusão dos estudos no levantamento bibliográfico foram aplicados primeiramente nos títulos das produções e, em seguida, em seus respectivos resumos. A baixa qualidade dos resumos apresentados pode ter levado a decisões equivocadas no que diz respeito à sua inclusão ou não na base de dados para análise. Esta questão também é discutida por Marin, Bueno e Sampaio (2005) ao analisarem a produção brasileira sobre a escola como objeto de estudo, apontam uma falta de precisão dos resumos, cujos conteúdos não expressam com clareza os tipos e procedimentos de pesquisa, fontes de dados e bases e fontes teóricas dificultando sobremaneira a real compreensão das pesquisas que foram realizadas.

Em segundo lugar, a escolha da fonte de dados foi o Banco da Biblioteca Brasileira Digital de Teses e Dissertações (BDTD) como única fonte de informações que poderia ser complementada com a inserção de estudos publicados em periódicos especializados. No entanto, considera-se que normas vigentes de publicação, inclusive a extensão do manuscrito, muitas informações requeridas nos protocolos de análise não poderiam ser acessadas em publicações mais condensadas. Complementarmente, pode-se afirmar que mesmo nos trabalhos analisados na íntegra descrições mais precisas dos procedimentos, tanto de pesquisa quanto de intervenção, deixaram a desejar no sentido de uma compreensão mais apurada do trabalho realizado, bem como da sua replicabilidade, condição que deveria ser preservada em todo estudo científico.

Apesar do Estudo B contar com a adesão de 40% dos pesquisadores, uma taxa a ser considerada razoável, uma maior participação dos proponentes dos programas poderia proporcionar uma visão diferenciada de forma a fortalecer os dados coletados, ou então, evidenciar outras questões indicando uma realidade distinta da revelada nesta tese.

Apesar da presença de justificativas acadêmicas robustas sobre a importância dos três primeiros anos de vida, o critério da faixa etária das crianças pode ter limitado o acesso a programas de intervenção precoce que incluíram crianças de zero a seis anos de idade. Por outro lado, este dado também revela uma escassez de programas de intervenção precoce voltados para os primeiros três anos de idade, na contramão dos argumentos favoráveis a este período de vida.

Uma contribuição deste estudo pode se centrar nos tipos de análises que foram propostas. Grande parte dos estudos de revisão se restringe à primeira etapa de análise que se refere à caracterização dos estudos, que no caso particular desta tese, à caracterização dos Programas de

Intervenção Precoce. Cabe salientar ainda que em alguns casos definem o corpus de análise como sendo exclusivamente os respectivos resumos. Foram acrescentadas duas formas de avaliação dos programas, sendo que a primeira (Etapa 2 do Estudo A) se refere às dimensões como níveis de abrangência decrescente, compreendendo a comunidade, a família, as crianças e o próprio programa de intervenção e a segunda (Estudo B) diz respeito à avaliação por parte dos autores.

A introdução do Estudo B pode também ser considerada uma contribuição para a pesquisa bibliográfica, pois os dois estudos são complementares e a possibilidade de obter informações diretas dos autores gerou uma condição mais dinâmica aos dados do Estudo A. Houve a oportunidade dos autores das pesquisas revisitarem seus programas de intervenção precoce e os analisarem a posteriori, de modo a oferecerem uma visão mais crítica e atualizada sobre suas propostas, além de indicações que possam contribuir para o conhecimento na área de intervenção precoce.

O desenvolvimento desta investigação proporcionou a oportunidade de se defrontar com algumas questões que em um primeiro momento parece relevante aprofundá-las, ou mesmo preencher algumas lacunas no conhecimento produzido até o momento. As questões levantadas podem ser agrupadas em dois núcleos de interesse. O primeiro se referem a questões conceituais como: Que resultados poder-se-á alcançar se os modelos de intervenção fossem centrados na família, ampliar o foco para outros integrantes da família? Na realidade brasileira é possível desenvolver um programa de intervenção precoce que ultrapasse os modelos multidisciplinares em direção aos transdisciplinares? Que resultados poderiam ser obtidos caso a proposição do programa tendesse à flexibilização da proposta em função das necessidades da população envolvida? Que resultados a longo prazo teriam os programas de caráter preventivo de foco misto, ou seja, voltados tanto para as crianças quanto para seus cuidadores e/ou profissionais que tivessem a função de intervir no desenvolvimento infantil.

O segundo núcleo de interesse se voltaria para as questões metodológicas que envolvem as pesquisas de intervenção: a necessidade de incluir grupos controle para uma avaliação mais precisa dos efeitos da intervenção, estudos longitudinais que pudessem verificar os efeitos de longo prazo das intervenções realizadas, o emprego de instrumentos de avaliação padronizados

com foco na análise quantitativa, analisar comparativamente o efeito de intervenções grupais e individuais para identificar delineamentos mais eficazes.

Assim, parece importante pensar além do que já existe em termos de intervenção precoce: precisamos de mais pesquisas, programas, serviços e políticas efetivas em desenvolvimento infantil, se queremos que nossas crianças atinjam seu desenvolvimento pleno. Uma tarefa que não pode esperar!

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, I. C. Intervenção precoce: focada na criança ou centrada na família e na comunidade? **Revista Análise Psicológica**, Lisboa, v. 22, n. 1, p. 65-72, 2004.

ALMEIDA, P. S. **Estimulação na creche**: efeitos sobre o desenvolvimento e comportamento da criança. 2009. 161 f. Tese (Doutorado em Neurologia) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Division of Health Policy Research. **Periodic Survey n° 53**, 2002 Disponível em: <http://www.aap.org>. Acesso em 26 jan. 2016.

AMORIM, R. C. A. et al. Programa de saúde da família: proposta para identificação de fatores de risco para o desenvolvimento neuropsicomotor. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 13, n. 6, p. 506-513, 2009.

ARAÚJO, E. R. **Efeitos de um programa de intervenção precoce baseado no modelo mais que palavras-HANEN, para crianças menores de três anos com risco de autismo**. 2012. F. Dissertação (Mestrado em Educação) – Centro de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2012.

AZEVEDO, T. L. **Avaliação multidimensional de um programa de intervenção com mães de crianças com deficiência**. 2014. 172 f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2014.

BAIRRÃO, J.; ALMEIDA, I. C. Questões actuais em intervenção precoce. **Psicologia**, Porto, v. XVII, n. 1, p. 15-29, 2003.

BARDAGI, M.P.; ALBANAES, P. Avaliação de intervenções vocacionais no Brasil: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, v.16, n.2, p 123-135, 2015.

BASSO, A. **Natação para bebês com necessidades especiais**: efeito de um programa de estimulação aquática. 2011. 168 f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2011.

BERNARDES, G. C. **Parentalidade e dinâmica transferencial no atendimento conjunto pais-crianças**. 2008. 150 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2008.

BHUTTA, Z. A. et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? **Lancet**, v. 384, p. 347-370, 2014.

BIANCHINI, L. G. B. **Práticas educativas em berçários**: o papel da imitação no desenvolvimento e suas implicações. 2008. 127 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Centro de Educação, Comunicação e Artes, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2008.

BLACK, M. M. et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. **Lancet**, 2016.

BLANK, D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, supl. 1, p. S13-S22, 2003.

BOBREK, A.; GIL, M. S. C. A. Atuação e formação em estimulação precoce: caracterização da percepção dos profissionais em três instituições. **Revista Eletrônica de Educação**, v. 10, n. 3, p. 121-137, 2016.

BOLSANELLO, M. A. Apresentação. **Educar em Revista**, v. 43, 13-16, 2012.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. Lei nº 13257, de 8 de março de 2016. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2016/lei/L13257.htm

BRASIL. **Diretrizes de Estimulação Precoce**: crianças de zero a três anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia. Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à saúde – Brasília, Ministério da Saúde, 2016, 123 p.

BRASIL. **Diretrizes Educacionais sobre estimulação precoce**: o portador de necessidades educacionais especiais. Secretaria de Educação Especial. Brasília: MEC, SEESP, 1995, 42 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Série Cadernos de Atenção Básica, n 11, série A, Normas e Manuais Técnicos n 173. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança. Programas e projetos da saúde da criança: responsabilidades compartilhadas em benefício das crianças brasileiras. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 2, n. 2, p. 193-196, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Série A, Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/agenda_compro_crianca.pdf. Acesso em 12 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#equipes>. Acesso em 20 jan. 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília: MEC/SEESP, 2007.

Disponível em: http://peei.mec.gov.br/arquivos/politica_nacional_educacao_especial.pdf. Acesso em 18 dez. 2016.

BRITTO, P. R. et al. Nurturing care: promoting early childhood development. **Lancet**, Scale 2, 2016.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano**: experimentos naturais e planejados. Trad. Maria Adriana Veríssimo veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

BRONFENBRENNER, U. **Bioecologia do desenvolvimento humano**: tornando os seres humanos mais humanos. Tradução de A.C. Barreto,S.H. Koller. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BRONFENBRENNER, U. **Two worlds of childhood**: U.S. and U.S.S.R. England: Penguin Education, 1974.

BRONFENBRENNER, U.; CECI, S. J. Nature- nurture reconceptualized in developmental perspective a bioecological model. **Psychological Review**, v. 110, n. 4, p. 568-586, 1994.

BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. The ecology of developmental processes. In: Lerner, R. M. & Damon, W. (Org.). **Handbook of child psychology**, v. 1. New York: John Wiley & Sons, 1998.

CAMPBELL, D. T.; STANLEY, J. C. Delineamentos experimentais e quase-experimentais de pesquisa. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.

CANDIDO, A. R. L. S.; CIA, F. Programas de Intervenção Precoce: o que revelam as teses e dissertações. **Revista Educação: Teoria e Prática**, v. 26, n. 52, p. 332-348, 2016.

CASALE, D. DESMOND, C. Recovery from stunting and cognitive outcomes in young children: evidence from the South African Birth to Twenty Cohort Study. **Journal of Developmental Origins of Health and Disease**, 7, 2, p. 163-171, 2015.

CASALE, D.; DESMOND, C.; RICHTER, L. The association between stunting and psychological development among preschool children: a study using the South African Birth to Twenty cohort data. **Child: care, health and development**, 40, 6, p.900-910, 2014.

CHARKALUK, M. L. et al. Very preterm children free of disability or delay at age 2: predictors of schooling at age 8: a population-based longitudinal study. **Early Hum Dev.**, n. 87, p. 297-302, 2011.

CHYI, L. J. et al. School outcomes of late preterm infants: special needs and challenges for infants born at 32 to 36 weeks gestation. **J Pediatr**, n. 153, p. 25-31, 2008.

COLE, M.; COLE, S. R. **O desenvolvimento da criança e do adolescente**. Trad. Magna França Lopes, Porto Alegre: Artmed, 2003.

COMMITTEE ON CHILDREN WITH DISABILITIES – AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Developmental surveillance and screening of infants and young children. **Pediatrics**, v. 108, n. 1, 2001. p. 192-196.

CORREIA, O. B. F. **A aplicabilidade de um programa de intervenção precoce em crianças com possível risco autístico**. 2005, 96 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Teologia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

COSTA, A. B.; ZOLTOWSKI, A. P. C. Como escrever um artigo de revisão sistemática. In: Koller, S. H.; Couto, M. C. P. P.; Hohendorff, J. V. (Orgs.). **Manual de Produção Científica**. Porto Alegre: Penso, 2014. p. 55-70.

COSTA, R. C. G. F. **O estado do conhecimento sobre estimulação precoce no conjunto de teses e dissertações brasileiras no período entre 2000 e 2011**. 2013, 124 p. Dissertação (Educação) – Universidade Federal de Paraná, Curitiba, 2013.

COZBY, P. C. **Métodos de Pesquisa em Ciências do Comportamento**. Trad. Paula Inez Cunha Gomide e Emma Otta, São Paulo: Editora Atlas, 2003.

DAWSON, G.; OSTERLING, J. Early intervention in autism. In Guralnick, M. J. **The effectiveness of early intervention**. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing, 1997. p. 307-326.

DESSEN, M. A.; SILVA, N. L. P. A família e os programas de intervenção: tendências atuais. In: Mendes, E. G.; Almeida, M. A.; Williams, L. C. A. (Orgs.). **Temas em Educação Especial: avanços recentes**. São Carlos: EDUFSCar, 2004. p. 179-187.

DUNST, C. J.; JOHANSON, C.; TRIVETTE, C. M. & HAMBY, W. D. Family – oriented early intervention policies and practices: family – centred or not? **Exceptional Children**, v. 58, p. 115-126, 1991.

DUNST, C. J. Parapatric speciation in the evolution of early intervention for infants and toddlers with disabilities and their families. **Topics in Early Childhood Special Education**, v. 31, n. 4, p. 208-215, 2012.

DUNST, C. J. Revisiting “Rethinking Early Intervention”. **Topics in Early Childhood Special Education**, v. 20, n. 2, p. 95-104, 2000.

DUNST, C. J.; TRIVETTE, C. M.; JODRY, W. Influences of social support on children with disabilities and their families. In Guralnick, M. (org.). **The effectiveness of early intervention**. Baltimore: Brookes, 1997, p. 499-522.

DWORKING, P. H. Detection of behavioral, developmental, and psychosocial problems in pediatric primary care practice. **Curr Opin Pediatr**, v. 5, p. 531-536, 1993.

ECHOR, E. L. Family pediatrics: report of the Task Force on the Family. **Pediatrics**, v. 111, p. 1541-1571, 2003.

FARIA, L.C.; TAVEIRA, M. C. Avaliação do processo de aconselhamento vocacional: revisão da literatura. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 27, 93-101, 2011.

FELICIANO, D. S. **Para além do seio**: uma proposta de intervenção psicanalítica pais-bebê, a partir da escuta dos sentidos ocultos nas dificuldades de amamentação, como auxiliar no desenvolvimento. 2009. 350 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

FOX, N. A.; RUTTER, M. Introduction to the special section on the effects of early experience on development. **Child Development**, v. 81, n. 1, p. 23-27, 2010.

FRANCO, V. Dimensões transdisciplinares do trabalho em equipe em intervenção precoce. **Interação em Psicologia**, v. 11, n. 1, 113-121, 2007.

FRANKENBURG, W. K. Developmental surveillance and screening of infants and young children. **Pediatrics**, v. 109, p. 144-145, 2002.

GEORGIEFF, M. K. Nutrition and the developing brain: nutrient priorities and measurement. **Am J Clin Nutr**, v. 85, p. 614S-620S, 2007.

GLASCOE, F. P. Parent's concerns about children's development: prescreening technique or screening test? **Pediatrics**, v. 99, p. 522-528, 1997.

GLASCOE, F. P. Detecting and Addressing Developmental and Behavioural Problems in Primary Care. **Pediatric Nursing**, v. 26, n. 3, p. 251-266, 2000.

GONZAGA, D. S. K. **Efeitos de uma intervenção precoce em pais gestantes acerca do desenvolvimento infantil e violência intrafamiliar**. 2014. 160 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2014.

GRAÇA, P. R. M.; TEIXEIRA, M. L. S. C.; LOPES, S. C. G; SERRANO, A. M. S. P. H.; CAMPOS, A. R. S. O momento da avaliação na intervenção precoce: o envolvimento da família. Estudo das qualidades psicométricas do ASQ-2 dos 30 aos 60 meses. **Rev. Bras. Ed. Esp.**, Marília, v. 16, n. 2, p. 177-196, maio-ago., 2010.

GURALNICK, M. J. Second-Generation Research in the Field of Early Intervention. In:_____ **The Effectiveness of Early Intervention**. Baltimore, MD: PF Brooks Publishing; 1997. p. 3-20.

INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Censo Escolar da Educação Básica 2013**: resumo técnico / Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. – Brasília, 2014, 39 p.

JUNG, L. A. Indicar os apoios às famílias e outros recursos. In: MCWILLIAM, R. A. (Org.) **Trabalhar com família de crianças com necessidades especiais**. Porto Editora, 2012, p. 19-37.

KAZDIN, A. E. **Research design in clinical psychological**. 4. ed. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon, 2003.

KING, T. M.; GLASCOE, F. P. Developmental surveillance of infants and young children in pediatric primary care. **Curr Opin Pediatr**, v. 15, p. 624-629, 2003.

KREUTZ, C. M. **A efetividade de uma intervenção precoce na interação entre os pais e um bebê prematuro com deficiência visual**. 2010. 136 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

LANDIM, D. C. B. **Psicanálise e saúde pública: cuidados básicos para os estados de sofrimento psíquico na primeira infância**. 2008. 143 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2008.

LAWS, K.R. Negativland - a home for all findings in Psychology. **BMCPsychology**, v. 1, n. 2, 2013.

LEÃO, A. P.; ASSIS, M.; SILVA, P. O.; MOTA, N. O. A importância da estimulação essencial de crianças de 0 a 3 anos com necessidades educativas especiais. **EFDeports.com**, Buenos Aires, ano 18, n. 190, 1-7, 2014.

LINHARES, M. B. M. Estresse, resiliência e cuidado no desenvolvimento de neonatos de alto risco. In: MENDES, E. G.; ALMEIDA, M. A.; WILLIAMS, L. C. A. (Orgs). **Temas em educação especial: Avanços recentes**. São Carlos: EDUFSCar, 2004. p. 197-202.

LINHARES, M. B. M.; CHIMELLO, J. T.; BORDIN, M. B. M.; CARVALHO, A. E. V.; MARTINEZ, F. E. Desenvolvimento psicológico na fase escolar de crianças nascidas pré-termo em comparação com crianças nascidas a termo. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, 109-117, 2005.

LUBY, J. BELDEN, A.; BOTTERON, K. et al. The effects of poverty on childhood brain development: the mediating effect of caregiving and stressful life events. **JAMA Pediatrics**, v. 167, n. 12, 1135-1142, 2013.

LUNA, S.V. **Planejamento de Pesquisa: uma introdução**. São Paulo: EDUC, 1996, 107 p.

MACEDO, I. P. **Acompanhando o crescimento e o desenvolvimento da criança**: uma intervenção integrada entre enfermagem e família. 2010. 120 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

MAGNA, J. M.; MARTURANO, E. M. Atraso escolar: um levantamento de condições de desenvolvimento antecedentes à entrada na primeira série. **Estudos em Saúde Mental**, Ribeirão Preto, 08-47, 1998.

MALFITANO, A. P. S.; LOPES, R. E. Programa de saúde da família e agentes comunitários: demandas para além da saúde básica. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 14, n. 3, 110-117, set./dez. 2003.

MARIA-MENGEL, M. R. S.; LINHARES, M. B. M. Fatores de risco para problemas de desenvolvimento infantil. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. spe, 837-842, 2007.

MARIN, A. J., BUENO, J. G. S., SAMPAIO, M. M. F. Escola como objeto de estudo nos trabalhos acadêmicos brasileiros:1981/1998. **Cadernos de Pesquisa**, v.35, n.124, p.171-199, 2005.

MCWILLIAM, P. J. Práticas de intervenção precoce centradas na família. In: MCWILLIAM, P. J.; WINTON, P. J.; CRAIS, E. R. (Orgs). **Estratégias práticas para a intervenção precoce centrada na família**. Porto: Porto Editora, 2003. p. 9-21.

MENDES, E. N. W. **Efeitos da estimulação tátil e cinestésica em recém-nascidos de muito baixo peso**. 2007. 125 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas: Pediatria) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

MENDES, M. E. S. T. **Avaliação da qualidade e intervenção precoce: práticas no distrito de Portalegre**. 2010. 314 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Portugal, 2010.

MOREIRA, R. S.; MAGALHÃES, L. C.; ALVES, C. R. L. Efeito do nascimento prematuro no desenvolvimento motor, comportamento e desempenho de crianças em idade escolar: revisão sistemática. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 90, n. 2, 119-134, 2014.

MÜLLER, A. B. **Efeitos da intervenção motora em diferentes contextos no desenvolvimento da criança com atraso motor**. 2008. F. Dissertação (Mestrado em Ciências do Desenvolvimento Humano) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

NASCIMENTO, A. L. **As primeiras aprendizagens da criança surda**. 2010. 150 f. Dissertação (Mestrado em Letras e Ciências Humanas) – Escola de Educação, Ciências, Letras, Artes e Humanidades, Universidade do Grande Rio Prof. José de Souza Herdy, Rio de Janeiro, 2010.

NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD. In: **Timing and quality of early experiences combine to shape brain architecture**. Working Paper 5. Cambridge, MA: Center on the Developing Child, Harvard University, 1-9, 2007.

NEÓFITI, C. C. **Educação para a vigilância do desenvolvimento infantil: formação virtual e presencial para educadores de creche**. 2009. 188 f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2009.

NÓBREGA, K. B. G. **Desenvolvimento infantil e programas de estimulação psicossocial com educadoras de creche**. 2008. 81 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.

NOGUEIRA, S. C.; RODRIGUES, O. M. P. R.; ALTAFIM, E. R. P. Práticas educativas de mães de bebês: efeitos de um programa de intervenção. **Psicologia em Estudo**, v. 18, n. 4, 599-609, 2013.

OLIVEIRA, E. A. Modelos de risco na psicologia do desenvolvimento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Jan/Abr, vol.14, n.1, 19-26, 1998.

OLIVEIRA, T. **Atenção materna primária e consulta terapêutica**: uma proposta de prevenção comunitária. 2008. 137 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

PANCERI, C. **Intervenção motora em bebês hospitalizados por doenças respiratórias: um estudo quase-experimental, associativo e comparativo**. 2014. 108 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) – Escola de Educação Física, Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. 12.ed. Porto Alegre: AMGH, 2013, 800 p.

PÉREZ-RAMOS, A. M. Q. Modelos de prevenção: perspectivas dos programas de estimulação precoce. **Psicologia-USP**, v. 1, n. 1, 67-75, 1990.

PIMENTEL, J. V. Z. S. **Intervenção focada na família**: desejo ou realidade. Secretariado nacional para a reabilitação e integração das pessoas com deficiência, Lisboa, 2005, 506p.

REGALADO, M.; HALFON, N. Primary care services promoting optimal child development from birth to age 3 years: review of the literature. **Arch Pediatr Adolesc Med**, v. 155, p. 1311-1322, 2001.

REICHERT, A. P. S. **Vigilância do desenvolvimento neuropsicomotor de lactentes na estratégia de saúde da família.** 2011. 142 f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011.

RICHTER, L. M. et al. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. **Lancet**, 2016.

RUTTER, M. Family and School Influences on Cognitive Development. **J. Child Psychology Psychiat**, 26, 683-704, 1985.

RUTTER, M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. **American J. Orthopsychiatry**, 57, 316-331, 1987.

SAND, N.; SILVERSTEIN, M.; GLASCOE, F. P.; GUPTA, V. B.; TONNIGES, T. P.; O'CONNOR, K. G. Pediatricians' reported practices regarding developmental screening: do guidelines work? Do they help? **Pediatrics**, v. 116, p. 174-179, 2005.

SCHLITTLER, D. X. C. **Uso de esteira motorizada na promoção do desenvolvimento de bebês com risco de atraso desenvolvimental.** 2009. 87 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Motricidade) – Instituto de Biociências, Universidade Estadual Paulista, Rio Claro, 2009.

SIGOLO, A. R. L.; AIELLO, A. L. R. Há identificação precoce de sinais de atraso no desenvolvimento infantil nos programas de saúde da família? **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, v. 5(2), p. 1-14, 2010.

SIGOLO, A. R. L. **Avaliação do desenvolvimento infantil em programas de saúde da família.** 2011. 195 f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2011.

SIGOLO, S. R. R. L. Desenvolvimento e Educação Infantil: contribuições da perspectiva bioecológica. In: Angotti, M. (org.). **Educação Infantil: para que, para quem e por quê?** Campinas: Editora Alínea, 2006, p. 33-45.

SILVA, N. C. B. **Intervenção domiciliar e envolvimento paterno: efeitos em famílias de crianças com síndrome de Down.** 2011. 316 f. Tese (Doutorado em Educação Especial) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2011.

SOARES, D. A. **Efeito da prática de curta duração no alcance manual de lactentes pré-terms tardios: ensaio clínico controlado randomizado.** 2014. 106 f. Tese (Doutorado em Fisioterapia) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2014.

SUDFELD, C. R. et al. Linear growth and child development in low- and middle-income countries: a meta-analysis. **Pediatrics**, v. 135, n. 5, p. e1266-e1275, 2015.

TOMAZ, M. **A estimulação precoce como técnica de atendimento nos berçários.** 2005. 150 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Centro de Educação, Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2005.

VITAL, M. L. N. V. **Programa de capacitação de estudantes de psicologia na promoção do desenvolvimento de bebês de risco.** 2008. 141 f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, 2008.

VITTOLO, M. R.; GAMA, C. M.; CAMPAGNOLO, P. D. B. Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 1, p. 80-84, 2010.

YUNES, M. A. M.; SZYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. IN: Tavares, J. (org). **Resiliência e Educação.** São Paulo: Cortez, p.13-42, 2001.

WILLIAMS, L. C. A.; AIELLO, A. L. R. Empoderamento de famílias: o que vem a ser e como medir. In: MENDES, E. G.; ALMEIDA, M. A.; WILLIAMS, L. C. A. (Orgs.). **Temas em educação especial: Avanços recentes**. São Carlos: EDUFSCar, 2004. p. 197-202.

ZEPPONE, S. C.; VOLPON, L. C.; DEL CIAMPO, L. A. Monitoramento do desenvolvimento infantil realizado no Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 30, n. 4, p. 594-599, 2012.

Apêndices

Apêndice B: AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO PRECOCE (PIP)²²

Nível 1 - Comunidade

Como se dá o processo de encaminhamento para o PIP?

Critérios de elegibilidade para o PIP?

Há procedimentos para triagem? Para quais situações de risco?

As informações às famílias sobre os serviços são dadas de que forma:

- Em que momento (Imediata, final, etc):
- De que forma (reunião, individual, etc):
- Inclusão das dúvidas e orientações dos pais:

Todos os participantes elegíveis são referenciados ao PIP?

Sim Não

- Qual é o nível de abrangência do PIP?

Nível 2 – Famílias

Quanto à abordagem:

- Inclui informações sobre as necessidades/condições da família:

Não

Sim

Quais?

- Inclui informações sobre avaliação do meio:

Não

Sim

Quais?

Participação e envolvimento familiar

Indicadores:

²² Adaptado de MENDES, M.E.S.T. Avaliação da qualidade em intervenção precoce: práticas no Distrito de Portalegre. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade do Porto, Portugal, 2010, 314p.

- Entrevista de acolhimento e apresentação do PIP:
- Reuniões/encontros com os pais/responsáveis:
- Levantamento de necessidades da família:
- Decisões partilhadas com as famílias:
- Planeamento de apoio às famílias:

Quais?

() Procedimentos para promover a inclusão social/ grupo de pais/ manutenção de empregos/ fruição de tempo livre / acesso aos apoios legalmente previstos.

() Apoio aos membros da família (irmãos, pais, manutenção de emprego, tempo livre, etc).

() Procedimentos para apoiar experiências de aprendizagem/ transições graduais entre contextos/ acessibilidade e segurança do contexto escolar.

() Apoio à saúde – informações sobre tratamentos especiais/ apoios especiais.

Nível 3 – Crianças

Participação na vida social

- () Relações de vinculação entre pais/crianças e prática educativa familiar
- () Oportunidades para o desenvolvimento da linguagem e da comunicação.
- () Atividades simbólicas e/ou lúdicas
- () Relação com os pares

Autonomia

- () Estimulação global / habilidades funcionais
- () Ajudas sensoriais/ mobilidade/ informática/ sistemas de comunicações
- () Inclusão da criança em contextos naturais

Nível 4 – Programas de Intervenção Precoce

Equipe de profissionais:

- Número de profissionais:
- Formação dos profissionais:

Formação específica:

- Qual a formação?
- Há programas de formação? Quais? Com que frequência?
- Entidade formadora:
 - () Educação
 - () Saúde
 - () Serviço Social
 - () Universidade
 - () ONGs
 - () Outro serviço de IP: _____

Há um plano de atividades da intervenção descrito com informações sobre:

- () Materiais/Atividades
- () Objetivos
- () Procedimento de ensino
- () Procedimento de registro

Há revisão da proposta de intervenção precoce tendo em vista a evolução do caso?

Procedimento de avaliação:

- Externa:
 - () Não
 - () Sim
- Responsável:
- Interna:
 - () Não

Sim

Responsável:

- Momentos do processo:
- Instrumentos de avaliação:

Questionários

Pais/Cuidador Profissionais População alvo (adulto)

Entrevista

Pais/Cuidador Profissionais População alvo (adulto)

Instrumento padronizado

Pais/Cuidador Profissionais População alvo (adulto) Crianças

Quais?

Protocolo desenvolvido para a pesquisa

Pais Profissionais População alvo (adulto) Crianças

Quais?

Foco da avaliação:

Eficácia do Programa

Aplicabilidade do Programa

Desenvolvimento/ Aprendizagem da criança

Vínculo mãe/pai-criança

Formação de pais

Satisfação da família: envolvimento e parceria/ qualidade de vida/ eficácia da intervenção/ grupos de pais/ formação contínua de pais

Satisfação dos profissionais

Devolutiva para pais/responsáveis ou participantes:

Apêndice C: QUESTIONÁRIO PESQUISADOR

- 1) Título do trabalho:
- 2) Pesquisador responsável:
- 3) Identificação do Programa de Intervenção Precoce:
- 4) Período de vigência do Programa de Intervenção:
- 5) Teve algum apoio institucional? Qual?

SIM NÃO

FAPESP

CAPES

CNPq

Outros: _____

- 6) O Programa se encerrou juntamente com a pesquisa? Por quê?

SIM NÃO

- Se SIM, você via alguma possibilidade do Programa ter continuidade? Por quê?
- Quais as condições necessárias deveriam estar presentes para a continuidade do Programa?
- Se NÃO, quais foram os fatores que influenciaram a continuidade do Programa?

- 7) Qual é a sua avaliação do Programa quanto:

- **Aos objetivos propostos:**

plenamente satisfatório

muito satisfatório

parcialmente satisfatório

pouco satisfatório

Justifique a escolha:

Em caso de não ser plenamente satisfatório – indique as possibilidades para torná-lo satisfatório em sua opinião.

• **Ao foco da intervenção:**

- plenamente satisfatório
- muito satisfatório
- parcialmente satisfatório
- pouco satisfatório

Justifique a escolha:

Em caso de não ser plenamente satisfatório – indique as possibilidades para torná-lo satisfatório em sua opinião.

• **Aos procedimentos de triagem:**

- plenamente satisfatório
- muito satisfatório
- parcialmente satisfatório
- pouco satisfatório

Justifique a escolha:

Em caso de não ser plenamente satisfatório – indique as possibilidades para torná-lo satisfatório em sua opinião.

- **Aos procedimentos de avaliação:**

- plenamente satisfatório
- muito satisfatório
- parcialmente satisfatório
- pouco satisfatório

Justifique a escolha:

Em caso de não ser plenamente satisfatório – indique as possibilidades para torná-lo satisfatório em sua opinião.

- **À participação da família (se for o caso):**

- plenamente satisfatório
- muito satisfatório
- parcialmente satisfatório
- pouco satisfatório

Justifique a escolha:

Em caso de não ser plenamente satisfatório – indique as possibilidades para torná-lo satisfatório em sua opinião.

• **Aos profissionais envolvidos:**

- plenamente satisfatório
- muito satisfatório
- parcialmente satisfatório
- pouco satisfatório

Justifique a escolha:

Em caso de não ser plenamente satisfatório – indique as possibilidades para torná-lo satisfatório em sua opinião.

• **Ao desenvolvimento da criança:**

- plenamente satisfatório
- muito satisfatório
- parcialmente satisfatório
- pouco satisfatório

Justifique a escolha:

Em caso de não ser plenamente satisfatório – indique as possibilidades para torná-lo satisfatório em sua opinião.

- **Ao desenvolvimento da criança indiretamente se o foco da intervenção não for a criança:**

- plenamente satisfatório
- muito satisfatório
- parcialmente satisfatório
- pouco satisfatório

Justifique a escolha:

Em caso de não ser plenamente satisfatório – indique as possibilidades para torná-lo satisfatório em sua opinião.

- **Aos resultados obtidos X esperados:**

- plenamente satisfatório
- muito satisfatório
- parcialmente satisfatório
- pouco satisfatório

Justifique a escolha:

Em caso de não ser plenamente satisfatório – indique as possibilidades para torná-lo satisfatório em sua opinião.

8) Você faria alguma alteração no Programa de Intervenção proposto? Qual(is)? Por quê

9) Você gostaria de acrescentar mais alguma informação que considera pertinente?

Anexo

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise de Programas de Intervenção Precoce: uma revisão de teses e dissertações.

Pesquisador: Ana Regina Lucato Sigolo Candido

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50487715.2.0000.5504

Instituição Proponente: CECH - Centro de Educação e Ciências Humanas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.314.907

Apresentação do Projeto:

O Projeto apresenta boa fundamentação teórica, objetivos claros e bem definidos e abordagem metodológica factível.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos bem definidos e claros.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adquoados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termo de consentimento livre e esclarecido claro.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Indico a aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 1.314.907

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_591847.pdf	24/09/2015 17:45:27		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	24/09/2015 17:44:48	Ana Regina Lucato Sigolo Candido	Aceito
Cronograma	Cronograma.doc	24/09/2015 17:43:28	Ana Regina Lucato Sigolo Candido	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_final.doc	24/09/2015 17:43:09	Ana Regina Lucato Sigolo Candido	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_final.doc	24/09/2015 17:42:54	Ana Regina Lucato Sigolo Candido	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 09 de Novembro de 2015

Assinado por:
Ricardo Carneiro Borra
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br