

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CAMPUS SÃO CARLOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

BRUNA PEREIRA RICCI MARINI

**AS PRÁTICAS DE INTERVENÇÃO PRECOCE NO ESTADO DE SÃO
PAULO.**

São Carlos

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CAMPUS SÃO CARLOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

BRUNA PEREIRA RICCI MARINI

AS PRÁTICAS DE INTERVENÇÃO PRECOCE NO ESTADO DE SÃO PAULO.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Terapia Ocupacional.

Orientação: Profa. Dra. Patrícia Carla de Souza Della Barba.

São Carlos
2017



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Bruna Pereira Ricci Marini, realizada em 10/02/2017:

Prof. Dra. Patricia Carta de Souza Della Barba
UFSCar

Prof. Dra. Maria de Fatima Joaquim Minetto
UFPR

Prof. Dra. Thelma Simões Matsukura
UFSCar

À minha filha, pela espera paciente.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Zilda e Valdomiro, que me possibilitaram pelo exemplo, incentivo e pelas diversas formas de apoio concluir mais essa etapa de formação. Não seria possível sem vocês.

Ao meu marido pela longa caminhada e incentivo.

À minha filha, pelo amor, pela compreensão, pela espera e por cada vez que me perguntou quantas páginas faltavam.

À minha Tia Neusa, por ter se feito e feito da sua casa um refúgio durante esse processo. Obrigada por todo o incentivo.

Às parentes pelos cafés de sábado.

Às amigas Carolina, Caroline, Lilian e Carina que, mesmo à distância, se fizeram tão presentes.

Aos maiores presentes do mestrado, as amigas Belle, Carol, Isa, Natasha, Stéphanie, Paula, Mari, Miki, Lays, Luma, Jaque e Sofia.

Aos amigos Daniel, Otávio, Débora, Rafael, Marina, Larissa, Maysa, Danusa, Clo, Rodrigo, Paulo, Jaque e Ana por tornarem as semanas mais leves.

À amiga Patrícia Raquel pelas trocas e ensinamentos.

Aos professores do PPGTO pelas reflexões e por todo o conhecimento transmitido.

Em especial à minha orientadora, Profa. Patrícia, por toda serenidade, pela compreensão, pela confiança, pelos ensinamentos e pelo exemplo. Muito obrigada!

À todos os profissionais que participaram desse estudo.

À CAPES pelo apoio financeiro.

RESUMO

A Intervenção Precoce constitui-se como uma importante ferramenta para prevenção, identificação e intervenção sobre condições que ofereçam riscos ao desenvolvimento infantil. Desde o surgimento dos primeiros programas, datados da década de 1960, ocorreram uma série de transformações conceituais e teóricas, que culminaram no reconhecimento do modelo sistêmico, ecológico e centrado na família, como o que produz melhores efeitos. No Brasil, as práticas de Intervenção Precoce parecem desenvolver-se eminentemente centradas nas necessidades das crianças, priorizando intervenções pautadas em suas problemáticas e desenvolvidas a partir de um modelo reabilitativo. Observa-se ainda que, apesar da relevância da temática, a literatura científica é escassa, o que aponta para a necessidade de maiores investigações. Nesse contexto, o presente estudo teve por objetivo identificar as práticas desenvolvidas pelos serviços de Intervenção Precoce destinados a crianças de zero a cinco anos, no estado de São Paulo. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório, com abordagem quali-quantitativa. Os participantes foram selecionados por meio de amostragem não-probabilística por conveniência, tratando-se de equipes de profissionais que atuam em serviços destinados a crianças entre zero e cinco anos, localizados na área de abrangência do Programa São Paulo pela Primeiríssima Infância. O estudo desenvolveu-se em duas etapas, sendo a primeira de identificação e caracterização dos serviços de Intervenção Precoce e a segunda de identificação das práticas de Intervenção Precoce desenvolvidas por serviços previamente selecionados a partir da primeira etapa. Os dados foram coletados por meio de questionários (primeira etapa) e entrevista (segunda etapa). Para a análise dos dados dos questionários foi empregada a metodologia de estatística descritiva e para análise das entrevistas a metodologia de análise de conteúdo, na modalidade análise temática. Os resultados desse estudo corroboram com as descrições apresentadas na literatura científica nacional, evidenciando que as práticas de Intervenção Precoce permanecem sendo desenvolvidas dentro do modelo de reabilitação, mais claramente voltado aos déficits/diagnósticos apresentados pelas crianças. Nesse contexto, a participação das famílias nos serviços mostrou-se limitada em virtude do papel hegemônico assumido pelos profissionais em relação ao processo de intervenção. Evidenciou-se ainda a existência de divergências entre as práticas preconizadas no âmbito das redes de atenção à criança e aquelas que, de fato, são desenvolvidas pelos serviços. Em relação à existência de práticas implementadas nos contextos naturais da criança, os resultados demonstraram que essas têm se limitado à observações e orientações. Finalmente, o estudo identificou algumas lacunas existentes no processo de formação e formação continuada dos profissionais que atuam em Intervenção Precoce, fator que pode impactar diretamente sobre a qualidade e o modelo de prática implementado. A partir desses resultados, discute-se, com base na literatura da IP e nas políticas nacionais de atenção à criança, as possibilidades e desafios para a aproximação entre as práticas atualmente desenvolvidas e aquelas recomendadas internacionalmente.

Palavras-chave: Desenvolvimento Infantil. Intervenção Precoce. Família. Serviços de Intervenção Precoce.

ABSTRACT

Early Intervention is constituted as an important tool for prevention, identification and intervention in conditions that offer risks to child development. Since the emergence of the first programs dating back to the 1960s, there were a number of conceptual and theoretical developments which culminated in the recognition of the systemic, ecological and family-centered model, as it produces better effects. In Brazil, the Early Intervention practices appear to develop highly focused on the needs of children, prioritizing interventions guided in their problems and developed from a rehabilitative model. It also observes that, despite the relevance of the theme, the scientific literature is scarce, which points to the need for further investigation. In this context, this study aimed to identify the practices developed by the Early Intervention services for children from zero to five years, in the state of São Paulo. This is a cross-sectional, descriptive and exploratory study with a qualitative approach. Participants were selected through non-probability sampling for convenience, in the case of professional staff working in services for children between zero and five years, located in the area covered by the Programa São Paulo pela Primeiríssima Infância. The study was developed in two stages, the first identification and characterization of early intervention services and the second identification of early intervention practices developed for services previously selected from the first stage. Data were collected through questionnaires (first stage) and interview (second stage). For the analysis of data from the questionnaires was used the methodology of descriptive statistics and analysis of the interviews content analysis methodology, the thematic analysis mode. The results of this study corroborate with the descriptions in the national scientific literature showing that Early Intervention practices remain being developed within the rehabilitation model, geared to the deficits presented by the children. In this context, the participation of families in the services proved to be limited because of the hegemonic role played by professionals in relation to the intervention process. It also revealed the existence of differences between the recommended practices in the child care networks and those that, in fact, are developed by the services. Regarding the existence of practices implemented in the natural context of the child, the results showed that these have been limited to observations and guidelines. Finally, the study identified a number of gaps in the process of training and continuing education of professionals that working in Early Intervention, a factor that can directly impact on the quality and the implemented practice model. From these results, the possibilities and challenges for the approximation between current practices and those recommended internationally are discussed, based on IP literature and national child care policies.

Keywords: Child Development. Early Intervention. Childhood. Family. Early Childhood Intervention Services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo de Regulação do desenvolvimento com transações entre genótipo, fenótipo e envirotype.	26
Figura 2 - Os 3 Rs da Intervenção Precoce dentro da perspectiva transacional.....	29
Figura 3 - Modelo que descreve as influências diretas e indiretas de apoio social e os fatores intrafamiliares na controladora e bem-estar familiar, estilos parentais e comportamento e desenvolvimento da criança	34
Figura 4 - Quatro componentes de um modelo de intervenção de sistemas familiares.....	36
Figura 5 - Modelo de Desenvolvimento Sistêmico para a Intervenção Precoce	39
Figura 6 - Estrutura do currículo de Intervenção Precoce	42
Figura 7 - Mapa da distribuição dos municípios participantes do PSPPI.....	45

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição dos Centros Especializados em Reabilitação, segundo levantamento realizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.	56
Quadro 2 - Detalhamento da fase de identificação dos serviços.	57
Quadro 3 - Total de serviços identificados por regional e de autorizações para a pesquisa. ...	58
Quadro 4 - Organização dos serviços segundo respondentes, categoria e vinculação ao SUS.	62
Quadro 5 - Classificação das equipes e abordagens empregadas.	64
Quadro 6 - Distribuição dos profissionais de cada especialidade por serviço.	65
Quadro 7 - Total de profissionais identificados, mediana de distribuição nas equipes, mínimo e máximo de profissionais por equipe, segundo a especialidade.	66
Quadro 8 - Número de profissionais vinculados às equipes por especialidade em função do período de vinculação.	67
Quadro 9 - Tempo médio de vinculação dos profissionais à cada equipe, segundo a especialidade.	70
Quadro 10 – Envolvimento das famílias nos cuidados em IP, segundo cada serviço.	71
Quadro 11 - Participação das famílias nas ações do eixo “Avaliação”.	72
Quadro 12 - Participação das famílias nas ações de “Planejamento” e “Desenvolvimento das intervenções”.	72
Quadro 13 - Participação das famílias nas ações de “Reavaliação”	73
Quadro 14 - Participação das famílias nas ações de “Planejamento da alta”.	73
Quadro 15 - Quantitativo da participação das famílias nas ações específicas de cada categoria em relação ao total de possibilidades, por serviço.	74
Quadro 16 - População total e entre zero e seis anos nos municípios onde se localizam os serviços selecionados para a Segunda etapa.	76
Quadro 17 - Caracterização dos participantes segundo sexo, profissão e tempo de vinculação ao serviço.	77

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Detalhamento do público alvo dos serviços	63
Gráfico 2 - Tempo de funcionamento do serviço e tempo de existência da equipe de IP, em anos.....	64
Gráfico 3 - Porcentagem de profissionais segundo tempo de vinculação à equipe de IP.	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAE: Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

APS: Atenção Primária em Saúde

CER: Centros Especializados em Reabilitação

CGR: Colegiados de Gestão Regional

CNESNet: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DRS: Diretorias Regionais de Saúde

EP: Estimulação Precoce

ESF: Estratégia Saúde da Família

FMCSV: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal

FIG: Figura

IDEA: The Individuals With Disabilities Education Act

IP: Intervenção Precoce

ONU: Organização das Nações Unidas

PSPPI: Programa São Paulo pela Primeiríssima Infância

RAS: Redes de Atenção à Saúde

SES-SP: Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo

SMS: Secretarias Municipais de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFSCar: Universidade Federal de São Carlos

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	11
1. INTRODUÇÃO.....	12
2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS	15
2.1 A Evolução Histórica e Conceitual da Intervenção Precoce.	15
2.2 Modelos teóricos do desenvolvimento que referenciam a Intervenção Precoce na atualidade.	20
2.3 Práticas em Intervenção Precoce: propostas e desafios.	29
2.4 A Intervenção Precoce no Brasil	41
3. OBJETIVOS	48
4 METODOLOGIA.....	49
4.1 Caracterização do Estudo	49
4.2 Composição Amostral	49
4.3 Participantes.....	50
4.4 Local	50
4.5 Instrumentos	50
4.6 Procedimentos.....	51
5. RESULTADOS	61
5.1 Caracterização dos serviços de Intervenção Precoce.....	62
5.2 As Práticas de Intervenção Precoce no estado de São Paulo.....	75
6. DISCUSSÃO	93
6.1 As políticas de atenção à criança e a estruturação da Intervenção Precoce no contexto brasileiro.	94
6.2 Práticas em contextos naturais.....	99
6.3 A participação da família nas práticas de IP.....	103

6.4 Os desafios da capacitação profissional e seu impacto nas práticas de Intervenção Precoce.....	108
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
REFERÊNCIAS	116
APÊNDICES	126
ANEXOS	138

APRESENTAÇÃO

O presente estudo surge do interesse da pesquisadora em relação às práticas desenvolvidas no singular contexto de fragilidades e potências dos primeiros anos de vida, interesse o qual foi lapidado e alimentado durante a graduação em Terapia Ocupacional, bem como pelas experiências em pesquisa após a formação.

Ao longo da trajetória de aprendizados, a afinidade pelos estudos da infância se deu pela participação em projetos de extensão e pesquisa, os quais fundamentavam-se na perspectiva da influência relacional e contextual sobre o desenvolvimento humano, em especial como promotores e protetores nos casos em que se identificavam fatores de risco, evidenciando a importância do investimento em intervenções abrangentes direcionadas à criança, à família e aos espaços nos quais o desenvolvimento acontece.

Nesse contexto, a aproximação com referenciais e estratégias empregados internacionalmente despertaram a curiosidade pela investigação do cenário da Intervenção Precoce na Infância em um recorte da realidade brasileira, uma vez que trata-se de uma temática ainda pouco explorada e de relevância indubitável. A opção pela investigação no contexto da Terapia Ocupacional, por sua vez, se fez pelo reconhecimento da potencialidade dos referenciais empregados nessa pesquisa para a formação profissional e fundamentação das intervenções desenvolvidas, bem como das reflexões para o aprimoramento das práticas daqueles que atuam em serviços destinados a crianças.

1. INTRODUÇÃO

Segundo descrito por Philippe Ariès (1981) em sua obra “História Social da Criança e da Família”, por muitos séculos as crianças foram vistas como adultos em miniatura, não se despendendo-lhes cuidados especiais ou atribuindo muita importância em virtude das altas taxas de mortalidade decorrentes das características demográficas existentes. Dessa forma, as crianças viviam misturadas aos adultos, em uma espécie de anonimato, e sua educação se dava pela aprendizagem através da socialização no cotidiano.

A partir do século XVII, no entanto, se começa a notar uma mudança em relação à representação da infância, decorrente de alterações na concepção de família, agora vinculada ao sentimento de afeto e a um senso de origem, que fez com que as crianças passassem a ser valorizadas enquanto membros da família. Tal mudança foi impactada ainda pela separação entre crianças e adultos para o processo de educação formal assumido pelas escolas e fortemente amparado pelo interesse dos pais. Nesse contexto, a importância atribuída à criança fez com que ela se tornasse o centro da organização familiar e recebesse melhores cuidados¹ (ARIÈS, 1981, ANDRADE, 2010).

Surge, nesse momento, a constituição social da infância, “a propósito da qual se construiu um conjunto de representações sociais e de crenças e para qual se estruturaram dispositivos de socialização e controle que a instituíram como categoria social própria” (PINTO, SARMENTO² citado por ANDRADE, 2010, p. 55). A construção da categoria da infância, impulsionada pelos avanços da Idade Moderna e do desenvolvimento das ciências ao longo do século XVIII, fez com que ela se tornasse “objeto de estudo de várias áreas do saber” (ANDRADE, 2010, p. 56). O estudo da infância estendeu-se e aprofundou-se ao longo dos séculos XIX e XX, dando origem ao que Andrade (2010) denomina de “infância científica”, a qual se estabeleceu mediante a divulgação dos conhecimentos produzidos, determinando “um

¹ Cabe, aqui, destacar que o cenário apresentado corresponde ao panorama das civilizações Européias ao longo do desenvolvimento de um modelo de sociedade capitalista urbana industrial, retratado por Ariès (1975). Dessa forma, não se pode generalizar o significado de infância ou supor que as transformações citadas em relação à concepção do lugar social da criança se aplicam a todas as sociedades, uma vez que se tratam de construções históricas, influenciadas por fatores culturais, econômicos, sociais e comunitários (ANDRADE, 2010).

² PINTO, M.; SARMENTO, M. J. **As crianças**: contextos e identidades. Braga: Bezerra, 1997. 293 p.

conjunto de teorias e práticas a serem desenvolvidas para cuidar dessa categoria” (ANDRADE, 2010, p.60).

Tais avanços (em especial aqueles relacionados à medicina), associados à expansão do capitalismo, da urbanização e da industrialização, favoreceram uma reconfiguração social, marcada pela diminuição das taxas de natalidade e das taxas de mortalidade infantil, garantindo, inclusive, a sobrevivência de crianças nascidas ou expostas a circunstâncias às quais dificilmente resistiriam em outras épocas, como o acometimento por doenças infecto contagiosas, a prematuridade e as deficiências (ANDRADE, 2010; ARAÚJO et al, 2014).

Ao longo da história, as crianças com deficiência foram abandonadas, sacrificadas e institucionalizadas em virtude das diversas representações atribuídas à sua condição (MIRANDA, 2004; SILVA, DESSEN, 2001; ARANHA, 1995; PESSOTTI, 1984). Nesse sentido, o advento das ciências, para além de garantir sua sobrevivência graças às tecnologias desenvolvidas na área médica, o fez primeiramente ao atribuir à deficiência um caráter orgânico, estabelecendo um novo paradigma para o cuidado dessa população (ARANHA, 1995).

A atenção à criança com deficiência evoluiu de um atendimento institucional, fortemente assistencialista e caritativo, predominante entre os séculos XVIII e meados do século XIX, passando pela escolarização em salas e escolas especiais, até meados do século XX, e culminando em um modelo de integração à sociedade, implementado a partir dos anos de 1970 (MIRANDA, 2004). Aranha (1995) aponta que tal evolução surge como um produto dos movimentos sócio históricos, através dos quais modificou-se o lugar social dos deficientes, a partir das lutas pela garantia de seus direitos. Nesse sentido, a autora identifica a ideologia da normalização como um dos pilares da proposta de integração do deficiente à sociedade, uma vez que se trata de “uma ideologia que representa a necessidade de incluir o deficiente na sociedade mais ampla, auxiliando-o a adquirir as condições e os padrões os mais próximos possíveis da vida cotidiana das demais pessoas” (ARANHA, 1995, p.68).

Os estudos acerca da educação de crianças com necessidades especiais remontam ao século XIX e evoluíram consideravelmente durante a primeira metade do século XX, a partir de trabalhos como os desenvolvidos por Maria Montessori, na Itália (SHONKOFF, MEISELS, 2000). No entanto, Serrano (2007, p.12) afirma que apesar “de todo o interesse generalizado

pelas crianças às quais foram diagnosticadas com necessidades especiais, apenas na década de 60 do século XX se lhes começou a dar a devida atenção”.

Concomitantemente aos avanços sócio históricos, os estudos de áreas como a neurociência, a neurologia e a psicologia do desenvolvimento, contribuíram para a investigação das etiologias relacionadas às deficiências, produzindo conhecimentos que também impactaram sobre os cuidados oferecidos, em especial aqueles relacionados à prevenção e reabilitação (PACHECO, ALVES, 2007).

Dessa forma, no cenário da evolução histórica dos cuidados às crianças com deficiência e com base nas descobertas que evidenciam a importância dos primeiros anos de vida no estabelecimento da trajetória de desenvolvimento de cada indivíduo, os programas de Intervenção Precoce constituíram-se como importantes ferramentas para a prevenção, identificação e intervenção sobre condições que ofereçam riscos ao desenvolvimento infantil, sejam estes de caráter biológico ou ambiental (GURALNICK, 2006; SERRANO, 2007; FERNANDES, 2001).

2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

2.1 A Evolução Histórica e Conceitual da Intervenção Precoce.

A Intervenção Precoce (IP) encontra suas raízes ligadas à educação infantil e à “educação compensatória” (FERNANDES, 2001), sendo as práticas desenvolvidas pelos primeiros programas fortemente pautadas no modelo de déficits, empregando currículos pré-escolares, centrados na criança, com ênfase na

socialização fora do contexto familiar, a busca pela melhor compreensão do desenvolvimento infantil e aplicações práticas das teorias do desenvolvimento, além de uma crença na importância dos primeiros anos de vida para a formação da competência social, emocional e intelectual (SHONKOFF, MEISELS, 2000, p.6)

Shonkoff e Meisels (2000) pontuam que há uma multiplicidade de fontes que influenciaram o surgimento e evolução da IP, com destaque para a educação infantil, os serviços de saúde materno-infantis, a educação especial e o avanço do conhecimento científico acerca do desenvolvimento infantil.

Nos Estados Unidos, após longos anos de estudos que demonstraram a importância do investimento na promoção da saúde e desenvolvimento de crianças em condições de vulnerabilidade e a correlação entre fatores socioeconômicos e a mortalidade materno infantil, emergiram na década de 60, iniciativas pautadas nos cuidados e proteção à infância como responsabilidades da sociedade civil, com forte caráter preventivo e elaboradas a partir da compreensão de que uma intervenção realizada precocemente é mais eficiente que uma remediação posterior. Essa década foi marcada pelo estabelecimento de novas políticas, que incentivaram a pesquisa e o desenvolvimento de programas-modelo de IP pautados no reconhecimento da importância dos primeiros anos de vida para o desenvolvimento, como o Programa Head Start (SHONKOFF, MEISELS, 2000a).

O Programa Head Start originou-se em 1965 sob a proposta de estudo piloto, sendo implementado em mais de 2.500 comunidades no território norte-americano, com o objetivo de intervir sob as causas da desvantagem social que impactava as famílias pobres que possuíam filhos pequenos (CURRIE, THOMAS, 1993; GARCES, THOMAS, CURRIE, 2000, ZIGLER, BERMAN, 1983). Tal objetivo encontrava-se amplamente atrelado à concepção assumida por seus fundadores, de que “ambientes socioeconomicamente empobrecidos, contendo fatores de risco biológicos e experienciais poderiam afetar com adversidade a primeira infância” (SHONKOFF, MEISELS, 2000, p.15). Neste sentido, acreditavam que intervir sobre tais

condições no período pré-escolar poderia facilitar a escolarização de crianças expostas à pobreza e desorganização social (ZIGLER, BERMAN, 1983).

No âmbito desse programa foram fornecidos serviços educacionais, sociais, psicológicos, nutricionais, dentários e médicos, a crianças entre 3 e 5 anos bem como incentivada a participação familiar em comitês políticos administrativos, sendo considerado revolucionário seu modelo de “tomada de decisões partilhadas”, o qual valorizava a relação entre famílias e profissionais (ZILGER, BERMAN, 1983; GARCES, CURRIE, 1993; GARCES, THOMAS, CURRIE, 2000; SHONKOFF, MEISELS, 2000; PIMENTEL, 2005). Neste contexto, apesar de o programa não atingir os resultados esperados em termos de “redução do fracasso escolar, dependência de assistência social, delinquência e demais consequências sociais da pobreza” em um curto período de tempo, inúmeros benefícios foram reconhecidos para crianças, famílias e comunidades. (MEISELS, SHONKOFF, 2000a, p.15; ZIGLER, BERMAN, 1983).

O modelo de práticas e serviços implementados na década de 60 marca a denominada “Primeira Geração” de programas de IP, que objetivavam a erradicação dos déficits, por meio de intervenções centradas especificamente na criança (CARVALHO et al, 2016).

A partir da década de 70, com a mudança do cenário político e social norte-americano, o foco desloca-se da atenção ao desenvolvimento das crianças em condição de vulnerabilidade para a garantia dos direitos das pessoas com necessidades especiais. Desta forma, como um reflexo das importantes mudanças de comportamento em relação ao cuidado das crianças com necessidades especiais, programas como o Head Start, inicialmente denominados de educação compensatória e planejados para atender crianças em situação de vulnerabilidade social, passaram também a acolher crianças com necessidades especiais e suas famílias, assim como foi estimulado o desenvolvimento de novos serviços destinados exclusivamente à essa população (PIMENTEL, 2005; MEISELS, SHONKOFF, 2000a).

Alavancada por esse movimento, foi promulgada, em 1975, a lei 94-142 (Education for All Handicapped Children Act), que garantia o atendimento educacional gratuito à todas as crianças, sem discriminação, prevendo o “desenvolvimento de planos educacionais individualizados (PEI), baseados nos resultados de uma avaliação não discriminatória, com requisitos específicos para o envolvimento dos pais na construção de tais planos”; sendo reconhecida como um importante avanço para a educação pública da época (MEISELS, SHONKOFF, 2000a, p.16).

Apesar do cenário político pouco favorável encontrado na década de 80, onde muitos programas deixaram de receber financiamentos federais, os programas Head Start foram mantidos, demonstrando “sua força política e social e a amplitude de seus grupos constituintes” (MEISELS, SHONKOFF, 2000a, p.16). Outros importantes ganhos relacionados à atenção às pessoas com necessidades especiais ocorridos na época referem-se à manutenção dos incentivos à educação especial e a promulgação, em 1986, da lei 99-457 (Education for All Handcapped Children Act Amendments), que estabelecia que o atendimento às crianças com necessidades especiais e suas famílias deveria ser oferecido por “programas interinstitucionais, de nível estadual, dentro de um modelo abrangente e multidisciplinar de serviços de Intervenção Precoce”, sendo considerada a “mais importante legislação já promulgada para as crianças com vulnerabilidade de desenvolvimento nos Estados Unidos” (MEISELS, SHONKOFF, 2000a, p.20; GURALNICK, 2005).

Neste período, os estudiosos da IP passam a se questionar acerca da heterogeneidade de serviços existentes e sobre as possibilidades de generalização dos conhecimentos aplicados em alguns desses serviços; bem como a pontuar sobre transformações já observadas em relação aos primeiros programas, como uma “compreensão mais completa dos efeitos da intervenção e os fatores mediadores desses efeitos” (ZIGLER, BERMAN, 1983, p.894). Tais transformações foram alavancadas por estudos que fundamentavam cientificamente a importância do apoio e redes sociais (DUNST, 1985), bem como demonstravam o impacto de múltiplas variáveis contextuais sobre o desenvolvimento infantil (BRONFENBRENNER, 1979; SAMEROFF, CHANDLER, 1975), culminando em práticas mais abrangentes que incluíam a família e comunidade, que caracterizaram a “Segunda Geração” de programas (CARVALHO et al, 2016).

A implementação da lei 99-457, somada a novas reestruturações políticas, marcaram importantes transformações ocorridas nos programas de Intervenção Precoce na década de 90, período no qual a acentuada desigualdade social e o declínio de financiamento de programas que assistiam a famílias em situação de pobreza resultam na fragilidade do cuidado as crianças economicamente vulneráveis, levando a discussões nas quais se identificou a importância da promoção de serviços de acompanhamento contínuo do desenvolvimento para crianças menores de três anos expostas à tais condições (MEISELS, SHONKOFF, 2000a). Como resposta a esse quadro e tomando por base os resultados obtidos pelo programa Head Start, foi desenvolvido o programa Early Head Start, o qual estruturava-se sobre as premissas da garantia de

alta qualidade do programa; promoção de saúde e prevenção de doenças; relacionamentos positivos entre crianças, pais, famílias e profissionais; envolvimento ativo dos pais; inclusão de crianças com necessidades especiais; compreensão de valores culturais; abrangência dos modelos de serviço; suporte durante a transição para o programa Head Start ou outro programa pré-escolar; e colaboração entre fontes de apoio comunitários e intervenção precoce (MEISELS, SHONKOFF, 2000a, p.18)

com vistas aos objetivos de promover “a melhora do desenvolvimento físico, social, emocional e intelectual das crianças, a assistência e suporte aos pais no cuidado de seus filhos e a habilitação dos pais para tornarem-se mais auto suficientes” (MEISELS, SHONKOFF, 2000a, p.18).

Concomitantemente a esses acontecimentos, emergem novas discussões acerca do impacto dos primeiros anos de vida sobre o desenvolvimento, agora fortemente sustentadas pelas descobertas e estudos científicos da época, dentre os quais, aqueles relativos à eficácia da Intervenção Precoce. Neste período, apesar do reconhecimento obtido pelos programas de Intervenção Precoce, ainda restavam questões acerca de quais eram os modelos mais efetivos de atendimento, suscitando pesquisas que evidenciaram a relação entre os fatores efetividade e implementação sólida dos programas. Segundo Meisels e Shonkoff (2000a),

não se pode esperar que um modelo de serviço seja potencialmente eficaz e demonstre efeitos positivos se não for prestado de forma adequada (seja por causa de um financiamento insuficiente, a prestação abaixo do padrão, ou formação de pessoal inadequada) ou se os destinatários dos serviços não participam plenamente no programa. Em tais circunstâncias, não é possível fazer um julgamento sobre a eficácia de uma intervenção como se tivessem sido tanto prestados e recebidos como pretendido. (...) há necessidade de estratégias de investigação mais focalizadas que investiguem onde, como e para quem intervenções específicas são diferencialmente eficazes, com base na criança, e nas características específicas da família, da comunidade e dos programas (p.19).

Tais avanços e debates ocorridos ao longo da década de 90 levaram ao reconhecimento da importância da fundamentação científica para a elaboração e aprimoramento das legislações, como no caso da lei 105-17 (The Individuals With Disabilities Education Act - IDEA), através da qual se propõe a reorganização da estrutura de atendimento às crianças com deficiência, com a indicação de “componentes estruturais” fundamentais para a prestação de serviços, como “a definição de critérios de elegibilidade; a garantia de avaliações oportunas e adequadas; o estabelecimento de procedimentos para formulação de planos de intervenção abrangentes; a criação de mecanismos de referência; e a eficiência na transição entre programas” (GURALNICK, 2005, p.2; MEISELS, SHONKOFF, 2000a). As contribuições da IDEA para a atenção às crianças com deficiência dizem respeito ainda à legalização do papel desempenhado pela família no processo de Intervenção Precoce, bem como sua identificação

enquanto receptor do cuidado, prevendo que suas “necessidades e prioridades sejam identificados sistematicamente” (GURALNICK, 2005, p.2; SERRANO, 2007).

O contexto dessa reorganização pressupõe o rompimento com o modelo baseado em déficits, centrado nas dificuldades das crianças, para a adoção de um modelo mais abrangente, denominado de “Terceira Geração”, com a estruturação de serviços de IP fundamentados em princípios de base científica, pautados na promoção de intervenções individualmente planejadas, centradas na família e preferencialmente desenvolvidas em ambientes naturais, sendo estas comprovadamente reconhecidas como as mais eficazes (MEISELS, SHONKOFF, 2000a; GURALNICK, 2005; SERRANO, 2007; CARVALHO et al, 2016). A partir desta perspectiva, a Intervenção Precoce pode ser definida como

um conjunto de serviços/recursos para crianças em idades precoces e suas famílias, que são disponibilizados quando são solicitados pela família, num certo período de vida da criança, incluindo qualquer ação realizada quando a criança necessita de apoio especializado para assegurar e incrementar o seu desenvolvimento pessoal, fortalecer as auto competências da família e promover a sua inclusão social (EADSNE, 2010, p.7).

Apesar de englobar todos os principais aspectos desejáveis aos serviços de IP na atualidade (SERRANO, 2007), é importante ressaltar que tal definição não deve ser utilizada indiscriminadamente, uma vez que a difusão internacional das evidências em relação à eficácia dos programas, como os desenvolvidos na realidade norte-americana, e o significativo aumento de estudos que comprovam a importância de intervir precocemente sobre condições de risco que surjam na primeira infância, com vistas à garantia do melhor desenvolvimento, culminaram no reconhecimento e conseqüente implementação de serviços de IP com diferentes características ao redor do mundo (GURALNICK, 2008).

Neste sentido, segundo Guralnick (2008), as diferenças conceituais e práticas existentes entre os programas de diferentes países além de aceitas, são desejáveis, uma vez que remetem a diferentes níveis de implantação dos serviços e derivam de diferentes características culturais, sociais e políticas, que refletem no estabelecimento dos objetivos de cuidado. No entanto, considera que “as crianças vulneráveis e suas famílias, independentemente do local onde vivem, têm muitas necessidades e objetivos em comum” e que as lideranças políticas podem “compartilhar muitos pontos de vista em relação aos principais componentes que constituem os sistemas de intervenção precoce”, apontando para a relevância de tentar produzir uma fundamentação comum para a IP internacionalmente (GURALNICK, 2008, p.90).

2.2 Modelos teóricos do desenvolvimento que referenciam a Intervenção Precoce na atualidade.

Desde o surgimento dos primeiros programas de IP, datados da década de 1960 (FERNANDES, 2001; SHONKOFF, MEISELS, 2000), estabeleceu-se uma série de transformações teóricas e conceituais, alavancadas pelo incremento de novos paradigmas do desenvolvimento (PIMENTEL, 2005; SHONKOFF, MEISELS, 2000; FERNANDES, 2001).

Dentre as principais transformações observadas, encontram-se aquelas relativas à transição de um modelo de intervenção de caráter médico hegemônico, centrado na criança e em suas incapacidades, adotado pela primeira geração de programas de atenção à crianças com necessidades especiais, para um modelo sistêmico, ecológico, centrado na família e em suas capacidades, que marca os pilares da Intervenção Precoce na atualidade (SHONKOFF, MEISELS, 2000; PIMENTEL, 2005; SERRANO, 2007). Tal transição encontra-se fundamentada em contributos fortemente difundidos a partir da década de 80, que subsidiaram uma nova filosofia e raciocínio acerca do desenvolvimento infantil (SERRANO, 2007), dentre eles o Modelo Bioecológico de Desenvolvimento Humano, proposto por Urie Bronfenbrenner (1979/1996, 1999) e o Modelo Transacional proposto por Sameroff e Chandler (1975).

2.2.1 Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano.

A teoria, inicialmente denominada Ecológica (1979/1996) e posteriormente Bioecológica (1994), desenvolvida por Urie Bronfenbrenner surge da tessitura de uma crítica aos estudos da psicologia comportamental desenvolvidos até a década de 1970 (BRONFENBRENNER 1979/1996, 1994). Tal crítica fundamenta-se na concepção de que, apesar do desenvolvimento humano ser compreendido por estes estudiosos como um produto da interação entre o organismo e o meio ambiente, as aplicações científicas e empíricas permaneciam centradas nos aspectos do indivíduo, gerando um movimento que Bronfenbrenner caracterizou como “uma acentuada assimetria, uma hipertrofia da teoria e pesquisa focando as propriedades da pessoa, e somente a mais rudimentar concepção e caracterização do meio ambiente em que a pessoa é encontrada” (1979/1996, p.14).

Segundo sua análise, estes pesquisadores foram capazes de elaborar uma rica enciclopédia de tipos de personalidade e comportamento, de estágios de desenvolvimento com técnicas de mensuração, porém ao relacioná-los ao ambiente, seus estudos ficavam limitados a algumas “tipologias modais” (1979/1996, p.15). Por esta perspectiva, os ambientes eram descritos como estruturas não interativas, possibilitando aos estudos serem desenvolvidos

“removendo-se os sujeitos de pesquisa dos ambientes específicos em investigação e colocando-os num laboratório ou numa sala de testagem psicológica” (BRONFENBRENNER, 1996, p.15). Neste contexto, Bronfenbrenner destaca duas linhas pertencentes aos campos de investigação da psicologia social e da antropologia capazes de analisar o ambiente com algum grau de especificidade, no entanto que também apresentam falhas segundo sua perspectiva ecológica.

A partir destas críticas, o autor desenvolve então um sistema teórico metodológico para o estudo científico do desenvolvimento humano, pautado em uma perspectiva interacionista e contextualista, privilegiando a atenção aos aspectos do desenvolvimento saudável a partir de estudos em ambientes naturais e análises focalizadas nas interações do indivíduo em diferentes espaços e com diferentes pessoas (BRONFENBRENNER, 1994, 2006; BRONFENBRENNER, CECI, 1994). Desta forma, segundo sua teoria,

A ecologia do desenvolvimento humano envolve o estudo científico da acomodação progressiva, mútua, entre um ser humano ativo, em desenvolvimento, e as propriedades mutantes dos ambientes imediatos em que a pessoa em desenvolvimento vive, conforme esse processo é afetado pelas relações entre esses ambientes, e pelos contextos mais amplos em que os ambientes estão inseridos (BRONFENBRENNER, 1979/1996, p.18).

Nesta definição, são apresentados os conceitos fundamentais sobre os quais está estruturada a teoria. Ao longo de seu trabalho, estes conceitos foram aprimorados e novos elementos foram incorporados, culminando na compreensão de que o desenvolvimento humano se dá “a partir da interação sinérgica entre quatro núcleos inter-relacionados: a *Pessoa*, o *Processo*, o *Contexto* e o *Tempo*” (NARVAZ, KOLLER, 2004, p.54).

A estruturação da teoria a partir da organização dos núcleos favoreceu, dentre outras contribuições, a proposição de uma nova definição de desenvolvimento humano compreendido, no cerne do Modelo Bioecológico, como a “estabilidade e mudança das características biopsicológicas dos seres humanos ao longo da vida e entre as gerações” (BRONFENBRENNER, MORRIS, 2006, p.796), constituindo um novo paradigma do desenvolvimento.

O núcleo *Processo* é o constructo central deste modelo, e refere-se às interações estabelecidas entre a pessoa, o contexto e o tempo. Em seu âmbito, é dedicada especial atenção à concepção de *processo proximal*, definido como

(...) processos de interação recíproca, progressivamente mais complexos, estabelecidos entre um organismo humano biopsicológico e ativo e as pessoas, objetos e símbolos em seu ambiente externo imediato. Para ser efetiva, a interação deve

ocorrer em uma base regular por extensos períodos de tempo (BRONFENBRENNER, 1999, pg. 5, 1994; BRONFENBRENNER, CECI, 1994).

A partir desta definição, são destacadas cinco características essenciais à concepção deste conceito:

1. Para que o desenvolvimento ocorra a pessoa deve estar engajada em atividades;
2. Para ser efetiva, a atividade deve ocorrer “em uma base regular por um extenso período de tempo”;
3. Uma das razões por que isso acontece, é que, para ser eficaz para o desenvolvimento, as atividades devem ter lugar e tempo suficiente para tornarem-se "cada vez mais complexas". Mera repetição não funciona;
4. *Processos proximais* eficazes para o desenvolvimento não são unidirecionais; deve haver iniciação e resposta em ambas as direções;
5. *Processos proximais* não estão limitados a interações interpessoais; ele também pode envolver a interação com objetos e símbolos. Nestas circunstâncias, para a interação recíproca ocorrer, os objetos e símbolos no ambiente imediato devem ser de um tipo que convida à atenção, exploração, manipulação, elaboração e imaginação (BRONFENBRENNER, 1999, p.5,6).

Segundo o autor, os *processos proximais* são “o motor do desenvolvimento” e sua forma, potência, conteúdo e direção, articulados a características da pessoa e do ambiente, afetarão o desenvolvimento de maneira sistematicamente variada, produzindo dois tipos distintos de efeitos: de competência e de disfunção. Os efeitos de competência relacionam-se à “aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e capacidades para conduzir e direcionar seu próprio desenvolvimento”; e os de disfunção à “manifestação recorrente de dificuldade em manter o controle e a integração do comportamento, em diferentes domínios do desenvolvimento” (NARVAZ, KOLLER, 2004; BRONFENBRENNER, MORRIS, 2006; BRONFENBRENNER, 1994).

O núcleo *Pessoa*, por sua vez, refere-se a características do indivíduo em desenvolvimento que afetarão e serão afetadas pelos processos por ele vividos. Tais características são organizadas, segundo o modelo, em três categorias: *força*, *recursos* e *demandas*.

As características de *força* são responsáveis pelo desencadeamento dos *processos proximais* e podem ser divididas em geradoras ou disruptivas. As características de força geradoras são determinadas por comportamentos individuais favoráveis ao estabelecimento dos *processos proximais*, como curiosidade, disposição para se envolver em atividades, entre outras. Em contrapartida, as características de força disruptivas são os comportamentos que dificultam o estabelecimento destes processos, como apatia, desatenção, entre outras. As características de *recurso* referem-se a experiências, habilidades e conhecimentos que influenciam de maneira positiva ou negativa (deficiência ou competência) a capacidade do indivíduo de estabelecer os *processos proximais*; e as características de *demanda* constituem-

se como aspectos que influenciam de maneira favorável ou desfavorável as respostas do contexto às tentativas de estabelecimento de *processos proximais*, como por exemplo aparência física ou nível de funcionamento individual (NARVAZ, KOLLER, 2004; BRONFENBRENNER, 1999, 2004).

O núcleo *Contexto* é constituído pelo que Bronfenbrenner (1979/1996) denominou “meio ambiente ecológico”, que consiste em um sistema subdividido em quatro níveis articulados entre si, designados: *Microsistema*, *Mesosistema*, *Exossistema* e *Macrossistema*.

O *Microsistema* é o contexto imediato no qual a pessoa em desenvolvimento encontra-se inserida e no qual se estabelecerão os *processos proximais* a partir de sua interação com os outros indivíduos, com os objetos e os símbolos. Ele é caracterizado pelas relações interpessoais face-a-face, pelo estabelecimento de um padrão de atividades e o desempenho de papéis sociais, fortemente permeados pelos significados que a pessoa atribui a eles.

O *Mesosistema* inclui as inter-relações entre os microsistemas nos quais a pessoa está inserida, podendo ampliar-se caso esta venha a ampliar seus contextos de participação ativa. Esta definição admite que os microsistemas desempenham influências um sobre os outros, a partir da participação da pessoa que os frequenta concomitantemente.

O *Exossistema* consiste nos ambientes nos quais a pessoa não necessariamente participa, mas nos quais ocorrem “eventos que afetam, ou são afetados, por aquilo que acontece no ambiente contendo a pessoa em desenvolvimento” (BRONFENBRENNER, 1979/1996, p.21).

O *Macrossistema* se refere aos traços da cultura ou de subculturas, associadas ao sistema de crenças ou ideologias presentes em todos os níveis de organização do contexto. Ele implica não apenas nas características culturais da pessoa, mas em todas as outras com as quais essa se relaciona e com aquelas presentes nos diferentes ambientes dos quais participa (BRONFENBRENNER, 1979/1996, 1999, 2006).

O *Tempo* constitui o quarto e último núcleo deste modelo e, apesar de citado na primeira formulação da teoria (BRONFENBRENNER, 1979/1996), recebeu atenção especial a partir de sua reformulação, quando foi organizado em três níveis: o microtempo o mesotempo e o macrotempo.

Microtempo refere-se à relação entre continuidade e descontinuidade em episódios contínuos de processos proximais.

Mesotempo é a periodicidade desses episódios em todos os intervalos de tempo mais amplos, tais como dias e semanas.

Finalmente, Macrotempo foca nas expectativas de mudança e eventos na sociedade mais ampla, dentro e ao longo de gerações, em como eles afetam e são afetados por processos e resultados do desenvolvimento humano ao longo da vida. (BRONFENBRENNER, MORRIS, 2006, p.796)

2.2.2 O Modelo Transacional.

Assim como na teoria Bioecológica proposta por Bronfenbrenner (1979), o Modelo Transacional, elaborado por Sameroff e Chandler, em 1975, surge da crítica ao emprego de abordagens de análise do desenvolvimento concentradas unicamente nas características do indivíduo e no impacto deste sob suas famílias e comunidade, sem considerar o aspecto dinâmico envolvido nesse processo (SAMEROFF, FIESE, 2000). Neste sentido, ao refletir sobre o impacto da deficiência no desenvolvimento, Sameroff (1986, p.192) pontuou que “sempre foi claro que a deficiência afeta a família e a comunidade pela enorme demanda de recursos emocionais e financeiros. Tem sido menos óbvio que as deficiências são, por sua vez, afetadas pelos pais e pela sociedade”.

Partindo de reflexões como essas, o autor (SAMEROFF, 2009, p.7), no cerne de sua crítica, aponta que o grande problema dos estudos conduzidos pela perspectiva interacionista aplicada na época, consiste na análise das variáveis da criança e do ambiente a partir de uma visão estática, enquanto que, segundo sua percepção, “são dinâmicas, tanto em processos internos quanto externos”. Desta forma, a partir da análise de estudos sobre fatores que impactavam sobre o desenvolvimento, Sameroff e Chandler (1975) identificaram “a contribuição de características físicas e comportamentais exclusivas da criança ao seu próprio desenvolvimento, em particular para a sua interação com o ambiente”, o que lhes propiciou uma base sólida para a formulação do Modelo Transacional de desenvolvimento (BARRERA, ROSEMBAUM, 1986, p.116).

No âmbito desse modelo, o termo “Transacional” refere-se às contínuas transformações ou transações decorrentes das relações entre o indivíduo e o ambiente ao longo do tempo. Aqui, destaca-se que a transação compreendida no âmbito desse modelo vai muito além de uma simples interação entre o indivíduo e o meio, ela requer mudança, adaptação, desenvolvimento e, para isso, requer novos padrões nas experiências (SAMEROFF, 2009).

Neste contexto, Sameroff (2009, p.6) afirma que o fator fundamental para o modelo transacional “é a ênfase analítica colocada sobre os efeitos bidirecionais e interdependentes da criança e do meio ambiente”, o que enfatiza a adoção do pressuposto que o desenvolvimento acontece em decorrência de transações recíprocas que influenciam a criança e seu meio físico e social, em especial a família (BARRERA, ROSEMBAUM, 1986; SAMEROFF, 1986, 2009, 2010; SAMEROFF, FIESE, 2000). Neste sentido, Sameroff e Fiese (2000) apontam que a grande inovação do Modelo Transacional consiste na ênfase direcionada tanto à criança quanto ao ambiente, o que retira a criança do papel de simples receptor das experiências produzidas

pelo ambiente e atribui a ela um caráter participativo e determinante sobre as experiências que impactarão sobre seu desenvolvimento.

Segundo Martinez e Garcia (2012), o modelo transacional

supõe uma teoria dinâmica do desenvolvimento, na qual uma contínua e progressiva interação entre o organismo e seu ambiente, um ambiente que é entendido como plástico e moldável, e as crianças que se convertem em participantes ativos de seu próprio crescimento. O ambiente não influi igualmente sobre todas as crianças, assim, as crianças se tornam um forte determinante das experiências e possibilidades de que dispõe ao longo do desenvolvimento (p.173).

Por esta perspectiva, a compreensão de um problema de desenvolvimento não se dará pela análise única de fatores relacionados à criança ou ao ambiente, mas pelas relações entre eles. Portanto, “o comportamento da criança em qualquer ponto no tempo é um produto das transações entre o fenótipo, isto é, a pessoa, o *environtype*, isto é, a fonte de experiência externa, e o genótipo, que é a fonte de organização biológica” (FIG 1) (SAMEROFF, 2009, p. 14/15).

No contexto de sua teoria, Sameroff (2009) aponta que o ambiente deve ser compreendido a partir de uma definição abrangente, capaz de abarcar a família, a comunidade e fatores culturais e sociais, que organizados sob uma estrutura abrangente de experiências. O *environtype* pode ser pensado como um conjunto organizado de subsistemas que interagem entre si e com a criança, em um modelo bastante próximo àquele proposto por Bronfenbrenner (1979) em sua definição do núcleo “Contexto”, porém ao qual se soma uma “estrutura organizacional que capta a qualidade da influência do ambiente ao longo da vida” (SAMEROFF, 2009, p.15).

Segundo Sameroff e Fiese (2000, p.143), no contexto do *environtype* existe uma organização social que “opera através de padrões familiares e culturais de socialização”, regulando a maneira como o indivíduo se relaciona em sociedade. Desta forma, as regulações do desenvolvimento cognitivo e sócio emocional que ocorrem dentro de cada subsistema do *environtype* são permeadas por códigos, como o código cultural, o código familiar ou o código individual, com a finalidade de permitir à criança ser capaz de desenvolver funções dentro da sociedade (SAMEROFF, FIESE, 2000; SAMEROFF, 2009).

No âmbito das regulações do desenvolvimento, essas podem ser compreendidas em três categorias:

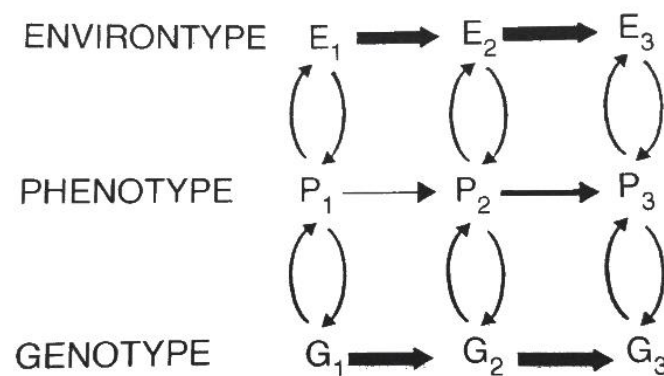
Macroregulações são predominantemente intencionais, são grandes mudanças na experiência que se estendem durante longos períodos de tempo.

Miniregulações são predominantemente atividades de cuidado que ocorrem em uma base diária e incluem vestir-se, alimentar-se ou disciplinar-se.

Microregulações são padrões quase automáticos de interações momentâneas (SAMEROFF, FIESE, 1990, 2000, p.148)

Cada uma dessas categorias encontra-se vinculada à um nível do envirotype. As *Macroregulações* são o tipo de regulação presente no código cultural, como costumes, crenças e leis; As *Miniregulações*, por sua vez, relacionam-se ao código familiar, onde o relacionamento requer interações menos formais; e as *Microregulações* desenvolvem-se ao nível do código individual (SAMEROFF, FIESE, 2000).

Figura 1 - Modelo de Regulação do desenvolvimento com transações entre genótipo, fenótipo e envirotype.



Fonte: SAMEROFF, A.J.; FIESE, B.H. Transactional Regulation: The Developmental Ecology of Early Intervention. In: SHONKOFF, J.P.; MEISELS, S.J. **Handbook of Early Childhood Intervention**. New York: Cambridge University Press, 2000.

Portanto, segundo a perspectiva do Modelo Transacional, compreende-se que

As mudanças no comportamento são resultado de uma série de intercâmbios entre indivíduos no âmbito de um sistema partilhado, seguindo princípios reguladores específicos. A ênfase é colocada na multidirecionalidade das mudanças enquanto identificam fontes de regulação normativas que mediam essas mudanças (SAMEROFF, FIESE, 2000, p.149).

2.2.3 A perspectiva ecológica transacional em Intervenção Precoce.

Ao longo da evolução da IP, contributos conceituais como o Modelo Ecológico de Desenvolvimento Humano (BRONFENBRENNER, 1979/1996) e o Modelo Transacional (SAMEROFF, CHANDLER, 1975), favoreceram a alteração dos focos de atenção, impulsionando o processo de transformações desencadeado nas décadas de 70 e 80 pela inclusão dos pais das crianças com Necessidades Especiais nos serviços dos EUA, e os demais avanços do conhecimento acerca do desenvolvimento infantil, que evidenciaram a importância

de ampliar a atenção para além das necessidades biopsicológicas das crianças (SERRANO, 2007).

A partir da incorporação dos conceitos do modelo ecológico, adota-se a concepção de que “os modelos que se concentram em fatores causais singulares são inadequados para o estudo ou a manipulação de resultados de desenvolvimento” (SAMEROFF, FIESE, 2000, p.156). Desta forma, amplia-se o entendimento acerca dos fatores relacionados ao risco e proteção na infância e maior atenção é atribuída ao estudo do impacto dos mesmos sobre o desenvolvimento, como apontado por Serrano (2007):

A conceptualização ecológica obriga-nos a alargarmos o conceito de risco para além de quaisquer dimensões intraindividuais ou intrafamiliares. Pelo contrário, ao incluirmos fatores sistêmicos interindividuais que reconhecem a influência que indivíduos e sistemas têm uns sobre os outros, melhoramos as nossas intervenções, assim como nossos conhecimentos sobre o processo de desenvolvimento (p.40).

Tomando por base tais concepções, pode-se afirmar que o modelo ecológico “ênfatisa a complexidade do desenvolvimento e do grande número de influências ambientais sobre as crianças” (SAMEROFF, FIESE, 2000, p.137) permitindo, desta forma, identificar os fatores que afetam o desenvolvimento infantil em níveis variados, abordando desde as práticas parentais pertencentes aos contextos imediatos, até características econômicas e comunitárias. Tal abordagem apoia-se em constructos teóricos que demonstram que o impacto sobre o desenvolvimento infantil se dá muito mais pela quantidade de variáveis às quais ela encontra-se exposta do que pela natureza das mesmas (SAMEROFF, FIESE, 2000).

Cabe ressaltar que, apesar dos maiores impactos deste modelo se concentrarem na identificação dos fatores de risco e proteção, ele também fornece um substrato para todo o raciocínio e atuação em Intervenção Precoce, como referido por Garbarino (1990):

uma perspectiva ecológica tem muito a contribuir para o processo de formulação, avaliação e compreensão de intervenção precoce. Ela nos dá uma espécie de mapa social para navegar um caminho através das complexidades do planejamento. Ela nos ajuda a ver a relação (potencial e real) entre os programas - como, por exemplo, alguns programas são complementares, enquanto outros podem ser competitivos. Ela nos ajuda a ver a gama completa de alternativas conceituais de problemas que afetam as crianças e nos aponta na direção de múltiplas estratégias de intervenção. Uma perspectiva ecológica fornece uma espécie de lista de verificação com o objetivo de refletir sobre o que está acontecendo, e o que fazer sobre isso quando confrontados com problemas de desenvolvimento e patologias sociais que afligem as crianças. Ela faz isso por pedir-nos sempre para considerar o micro, meso, exo e macrosistema como dimensões dos fenômenos de desenvolvimento e intervenções. Ela constantemente sugere a possibilidade de que o contexto está moldando as relações causais (p.84).

Complementarmente às contribuições do modelo ecológico, pela perspectiva do modelo transacional entende-se que, nos contextos de intervenção, “uma compreensão mais precisa dos sistemas de regulação e da tomada de decisão diagnóstica podem fornecer formas mais eficazes de intervenção”. Desta forma, os contributos do modelo transacional para a Intervenção Precoce concentram-se na identificação dos objetivos e na decisão sobre quais as melhores estratégias a serem empregadas (SAMEROFF, FIESE, 2000, p.149).

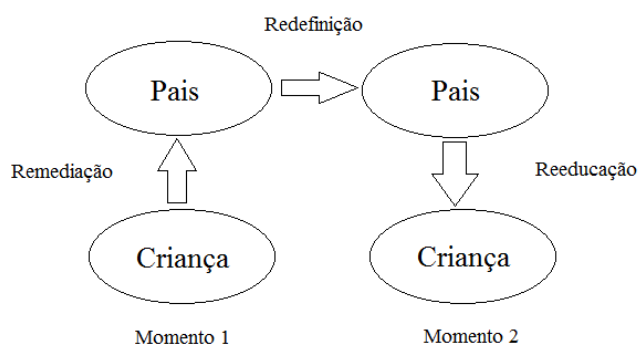
Os objetivos da intervenção podem estar relacionados tanto às características criança quanto à percepção e o cuidado dessas pelos pais, requerendo estratégias que podem ser classificadas em três categorias: Remediação, Redefinição e Reeducação. A Remediação diz respeito a estratégias voltadas às necessidades da criança, podendo essas serem de ordem biológica ou sócio emocional, com o objetivo de provocar mudanças na maneira como a criança interage com os pais; a Redefinição, concentra-se na interpretação que os pais possuem acerca do comportamento da criança, buscando promover interações positivas; e a Reeducação refere-se à forma como os pais se comportam com a criança, fornecendo-lhes o suporte necessário para que respondam adequadamente às suas necessidades de cuidado (FIG. 2).

Por essa perspectiva, a identificação dos objetivos e da melhor estratégia de intervenção devem ser feitas considerando-se cada código regulador existente no contexto da criança, podendo ser empregadas uma ou mais estratégias, segundo a necessidade de cada caso (SAMEROFF, FIESE, 2000). Nesse sentido, Sameroff e Fiese (2000, p.154) apontam que “uma análise de casos em que as intervenções não funcionam ou têm eficácia diferencial pode apontar para como a escolha de uma estratégia de intervenção precisa estar alinhada com os recursos e características individuais de famílias e crianças”.

A partir do reconhecimento da importância fundamental desses modelos teóricos para a compreensão do desenvolvimento, a perspectiva ecológica transacional se consolidou como um dos três pressupostos subjacentes à Intervenção Precoce na infância na atualidade, como descrito por Shonkoff, Meisels (2000):

O segundo pressuposto é que o desenvolvimento das crianças só pode ser plenamente apreciado e compreendido dentro de um amplo contexto ecológico. Começando com uma compreensão de que o núcleo familiar é um sistema dinâmico, essa perspectiva se estende para fora para incluir as influências interativas complexas da comunidade imediata à criança e o ambiente econômico e político social mais amplo em que ele ou ela vive. Estes quadros contextuais preparam o palco para todos os aspectos da intervenção, para a prevenção e identificação de perturbações de desenvolvimento por meio da avaliação, da prestação do serviço, da avaliação de programa e a formulação de políticas (p. XVII).

Figura 2 - Os 3 Rs da Intervenção Precoce dentro da perspectiva transacional.



Fonte: SAMEROFF, A.J.; FIESE, B.H. Transactional Regulation: The Developmental Ecology of Early Intervention. In: SHONKOFF, J.P.; MEISELS, S.J. **Handbook of Early Childhood Intervention**. New York: Cambridge University Press, 2000.

Adaptado pelo autor.

Com base em tais considerações, observa-se que o Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano proposto por Bronfenbrenner (1979/1996) e Modelo Transacional proposto por Sameroff e Chandler (1975) forneceram o aporte teórico necessário para a consolidação de um novo padrão de atenção em Intervenção Precoce, que reconhece as crianças em sua singularidade a partir da compreensão de que seu desenvolvimento se dá pela interação de múltiplos fatores.

2.3 Práticas em Intervenção Precoce: propostas e desafios.

Nas últimas décadas, com a expansão internacional dos programas de Intervenção Precoce e o aumento do interesse dos governos por este tipo de cuidado, já não se discute sobre a sua importância, mas sim sobre quais são as práticas mais adequadas para responder às necessidades das crianças e de suas famílias (SERRANO, 2007; GURALNICK, 2008, 2015, 2016; FERNANDES, 2001; BAILEY, WORELY³, 2002 citado por BAIRRÃO, ALMEIDA, 2003).

³ BAILEY, D.; WORELY, M. F.P.G. Director testifies before presidential commission: Part 1 of 2. Disponível em: < <http://www.fpg.unc.edu/MediaInfo/pr/detail.cfm?PressreleaseD=83> > Acesso em 22/04/2002.

Tal ponto reflete uma preocupação que tem acompanhado o processo de estruturação da própria IP, já havendo sido apontada por Meisels em 1985, quando afirmou que a principal questão referente a ela não consistia em constatar sua eficácia, mas em compreender as práticas desenvolvidas e as pessoas beneficiadas por elas. Neste sentido, apontava ainda a importância de se conhecerem os modelos teóricos de desenvolvimento que embasavam os programas, assim como conhecer seus objetivos antes de se avaliar sua eficácia.

Outro importante aspecto destacado por Guralnick (1998) referia-se à impossibilidade, apesar da rápida expansão verificada, de afirmar a existência de um consenso sobre características que deveriam ser obedecidas pelos programas de IP, tornando-os marcados por diferenças em relação aos modelos teóricos de referência, gerando impacto diretamente sobre o tipo de público atendido, as práticas desenvolvidas, os critérios de avaliação, a formação dos profissionais, a possibilidade de envolvimento dos pais, entre outras questões.

Diante deste cenário, estabeleceu-se a necessidade de elaboração de delineamentos mais claros para as práticas de IP, fomentando o avanço dos estudos acerca da eficácia destes programas e a busca pelas melhores práticas (MEISELS, SHONKOFF, 2000; GURALNICK, 1993). Tal esforço parece ter resultado em um consenso sobre os princípios que guiam os programas de sucesso, sendo eles a atenção às necessidades da família, a base comunitária, a integração dos contributos de múltiplas disciplinas e a capacidade de coordenar e planejar apoios e serviços a partir de uma perspectiva sistêmica (FERNANDES, 2001).

Tomando por base a perspectiva de internacionalização de um sistema para a Intervenção Precoce, Guralnick (2008) amplia esse quadro, delimitando dez princípios estruturantes de qualidade para programas de IP: (1) Uma estrutura de desenvolvimento que abranja todos os componentes do sistema de Intervenção Precoce; (2) Integração e coordenação de todos os serviços de Intervenção Precoce; (3) Inclusão e participação das crianças e das famílias em atividades e programas da comunidade; (4) Detecção e identificação precoce de fatores de risco; (5) Vigilância e monitoramento do desenvolvimento como parte do sistema; (6) Planejamento de intervenções individualizadas para cada caso; (7) Avaliação dos serviços e intervenções; (8) Desenvolvimento de intervenções culturalmente apropriadas; (9) Adoção de Práticas Baseadas em Evidências; (10) Manutenção da perspectiva sistêmica.

Desta forma, segundo Serrano et al (2010) as boas práticas de Intervenção Precoce não se encontram focadas apenas nas especificidades das crianças, mas incluem intervenções que

englobam suas famílias e consideram o ambiente no qual estão inseridos, com vistas à promoção do desenvolvimento e qualidade de vida de todos os envolvidos.

A autora aponta ainda que

a complexidade e diversidade dos problemas que afetam as crianças em risco ou com necessidades especiais (NE) e suas famílias são tais, que a variedade de serviços para responder às diferentes necessidades tem de refletir essa amplitude de resposta. Desta forma, a IP incorpora um conjunto diversificado de profissionais provenientes de muitas áreas disciplinares e orientações teóricas, tais como a medicina, a educação, o serviço social, a fonoaudiologia, a terapia ocupacional, a fisioterapia, a psicologia, a enfermagem, entre outros, cujo contributo deve ser prestado num trabalho de equipe (SERRANO, 2010, p.4).

Nota-se, a partir de tais apontamentos, que a composição das equipes de profissionais que atuarão nos programas, bem como a preconização de um atendimento que integre os conhecimentos de distintas áreas, constituem-se como indicadores de boas práticas. No entanto, para além de uma composição diversificada, Bailey e McWilliam⁴ (1993, citado por SERRANO, 2010, p.16) apontam que estes profissionais devem ter competências para desenvolver um pensamento crítico que os auxilie nas tomadas de decisão e resolução de problemas, necessitando para tanto de um “modelo conceitual de referência sólido” com que possam sustentar suas práticas, implicando a necessidade de uma formação de base consistente, bem como uma formação continuada em serviço de qualidade.

A partir do reconhecimento da qualidade e importância das intervenções centradas na família e executadas em uma base comunitária, alguns modelos foram propostos para guiar a elaboração de sistemas de funcionamento para programas de Intervenção Precoce, como o Modelo Integrado de Intervenção Precoce (DUNST, 2000) e o Modelo de Desenvolvimento Sistêmico para a Intervenção Precoce (GURALNICK, 2001). Segundo Pereira (2009, p.39), estes modelos funcionam como propostas de reflexão para a elaboração de um “sistema de Intervenção Precoce coordenado, articulado e enquadrado por princípios e práticas contemporâneas que espelhem a qualidade dos apoios e serviços prestados às famílias”.

⁴ BAILEY, D. B.; McWILLIAM, P. J. The search for quality indicators. In: _____. **Working together with children and families – Case studies in early intervention**. Baltimore: P. Brookes Publishing Co, 1993 (p. 3-20).

2.3.1 O Modelo Integrado de Intervenção Precoce.

O Modelo Integrado de Intervenção Precoce foi originalmente proposto por Carl Dunst, em 1985, sendo estruturado com base nos conhecimentos de teorias de sistemas sociais, como a Teoria das Redes Sociais (BOTT, 1976), a Teoria Ecológica (BRONFENBRENNER, 1979) e a Teoria da Adaptação (CRNIC, FRIEDRICH, GREENBERG, 1983).

Essa sua primeira versão, intitulada Abordagem de Sistemas Sociais para Intervenção Precoce, apresentava a proposta de “expandir a definição da intervenção precoce” e sintetizar “um conjunto de normas de escolha em relação a quais tipos de intervenções são aptos para impactar criança, pais e o funcionamento familiar” (DUNST, 1985, p.166). Para tanto, o autor tece uma comparação entre as abordagens tradicionais aplicadas na época, as quais se pautavam nos déficits, na usurpação do poder de decisão pelos profissionais e no tratamento paternalístico; e a abordagem dos sistemas sociais, a qual se constitui pelos elementos de participação proativa e fortalecimento, empoderamento e parceria entre famílias e profissionais, gerando o que ele define como “uma estrutura alternativa para conceituar as práticas de intervenção precoce” (DUNST, 1985, p.171).

A partir dessa perspectiva, propõe-se que a definição de Intervenção Precoce deve considerar mais que as características do tratamento ou os resultados esperados, englobando outros fatores cujos impactos são significativos sobre o desenvolvimento da criança, como os familiares, extrafamiliares e o suporte social. Por essa compreensão, têm-se que:

intervenção precoce pode ser definida como a provisão de suporte às famílias de crianças e jovens de membros de redes formais e informais de apoio social que impactam direta e indiretamente sobre o funcionamento dos pais, da família e da criança. Dito de outra forma, a intervenção precoce pode ser conceituada como uma agregação dos diversos tipos de ajuda, assistência e serviços que são prestados às famílias por indivíduos e grupos (DUNST, 1985, p.179)

Neste contexto, os principais objetivos das intervenções concentram-se na promoção da participação ativa das famílias por meio do seu fortalecimento, que consiste na transmissão de “informações, conhecimentos, habilidades e competências através da disposição ou mediação de suporte” (DUNST, 1985, p.182). Para tanto, é desejável a articulação do maior número de suportes informais possíveis para a prestação do cuidado, uma vez que esses se constituem de pessoas e locais com uma maior proximidade da família, garantindo que os suportes formais sejam oferecidos apenas para as necessidades que não conseguiram ser supridas na base comunitária (DUNST, 1985).

Os fundamentos teóricos e conceituais da Abordagem de Sistemas Sociais para a IP provaram “ser úteis para orientar a pesquisa e a prática, operacionalizando mais adequadamente os conceitos-chave e o desenvolvimento de modelos e abordagens de intervenção precoce e de suporte à família” (DUNST, 2000, p.95). Considerando tal relevância e buscando a adequação da abordagem aos recentes avanços do conhecimento científico, Dunst (2000) propõe sua reorganização em um modelo de terceira geração, pautado em um novo paradigma de intervenção, o qual “implica que os profissionais de IP substituam uma lógica de práticas centradas nos serviços por uma abordagem de práticas centradas na família que, por sua vez, contribuam para uma mudança na forma de pensar das próprias famílias” (CARVALHO et al, 2016, p.39).

Segundo o autor (DUNST, 2000), os elementos centrais da abordagem, apesar de elaborados sucintamente em sua primeira versão, forneceram uma base para a estruturação de pesquisas e desenvolvimento de práticas, que culminaram na definição de uma abordagem centrada na família. Outra importante contribuição refere-se ao estudo das características e apoios de diferentes paradigmas para a operacionalização das intervenções. A partir da análise dos resultados desses estudos, aponta-se que

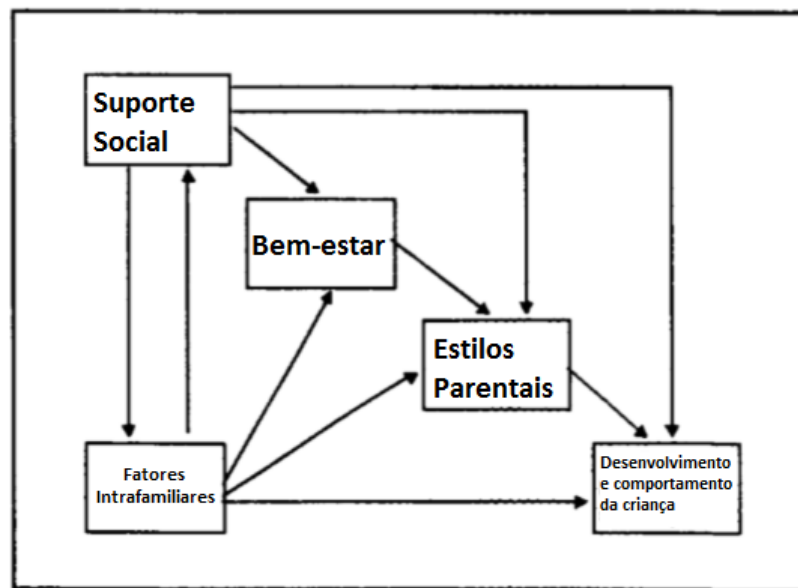
características operacionais de promoção, baseadas em pontos fortes e recursos e os modelos de capacitação passaram a fazer parte de um novo paradigma para a conceituação, desenvolvimento e implementação de diferentes tipos de programas e práticas de intervenção (DUNST, 2000, p.98).

Em relação à definição de IP, o autor aponta que as transformações em comparação à primeira versão não se referem à sua reestruturação, mas ao alargamento da “compreensão das principais características da definição e as suas implicações para a prática” (DUNST, 2000, p.99), segundo o qual se reconhece a rede social como fornecedora de “suporte e recursos necessários para a vida cotidiana, a realização de responsabilidades parentais e apoio à aprendizagem e desenvolvimento da criança” (DUNST, 2000, p. 99), bem como são reforçados os conhecimentos acerca da importância das redes de suporte social informais e de diferentes oportunidades de apoio como potencializadores da Intervenção Precoce.

Tais constatações derivam de estudos elaborados à luz das teorias de sistemas sociais, apresentados por Dunst na proposição da Abordagem de Sistemas Sociais para a IP, as quais forneceram o suporte necessário para a análise da “miríade de fatores que influenciam a criança, pais e funcionamento familiar” (DUNST, 2000, p.99). Neste contexto, foram elaboradas pesquisas acerca do suporte social e sua influência para a Intervenção Precoce as quais

evidenciaram que, associado a variáveis pessoais, o suporte social exerce influências diretas e indiretas sobre o desenvolvimento da criança, uma vez que afeta o bem-estar familiar e os estilos parentais (DUNST, 2000) (FIG.3).

Figura 3 - Modelo que descreve as influências diretas e indiretas de suporte social e os fatores intrafamiliares na controladora e bem-estar familiar, estilos parentais e comportamento e desenvolvimento da criança.



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

Adaptado pelo autor.

A partir desse quadro teórico e de evidências científicas, foram operacionalizados quatro componentes chave do Modelo Integrado para a IP, sendo eles: (1) Práticas centradas na família; (2) Oportunidades de Aprendizagem da Criança; (3) Suportes Parentais e (4) Recursos e suportes da família e comunidade. Neste contexto, as práticas centradas na família constituem o componente principal, o qual engloba os demais componentes. Tais práticas dizem respeito à manutenção da família no papel central da intervenção, engajando-as no desenvolvimento de ações e na tomada de decisão, bem como garantindo a atenção às suas prioridades. Dunst (2000, p.101) coloca que as “oportunidades de aprendizagem da criança que promovem o desenvolvimento são aquelas que são interessantes, envolventes e produzem competências e resultam em sensação de domínio sobre suas capacidades”, podendo ocorrer em diferentes situações, como no cotidiano familiar e comunitário ou em “espaços formais de aprendizagem”

(CARVALHO et al, 2016, p.76). Os suportes parentais, por sua vez, são compreendidos como ações que promovam o fortalecimento e aquisição de conhecimentos e competências pela família, de modo que essas possam prover o desenvolvimento de suas crianças. O componente recursos e suportes da família e comunidade refere-se a qualquer recurso do qual a família necessite para garantir seu engajamento no cuidado à criança, sejam esses formais, informais, comunitários ou intrafamiliares. (DUNST, 2000; CARVALHO et al, 2016).

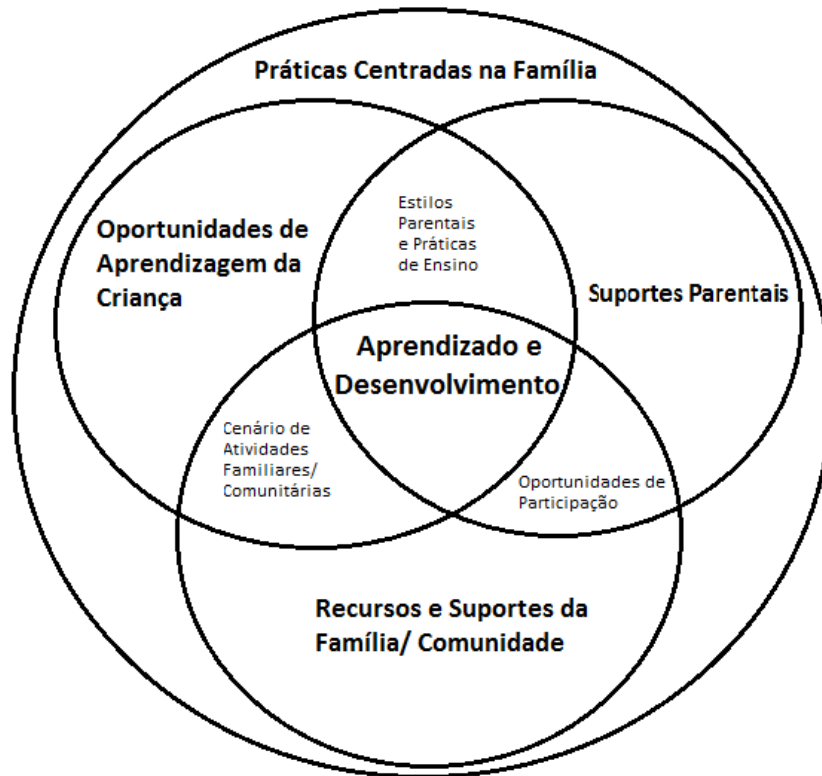
Como demonstrado pela ilustração gráfica do modelo (FIG 4), da intersecção entre os componentes surgem ainda novos elementos que devem ser considerados para uma abordagem centrada na família. O Cenário de Atividades Familiares e Comunitárias encontra-se na relação entre as oportunidades de aprendizagem da criança e os recursos e suportes familiares e comunitários. Esse componente pode ser compreendido como uma

situação, experiência, oportunidade ou evento específico que envolve interações da criança com as pessoas e o ambiente físico. Um cenário de atividade acontece sempre que uma criança se vê em um lugar ou situação onde as pessoas, materiais e objetos a encorajam ou desencorajam a fazer algo particular (DUNST, BRUDER, 1999a, s/n).

Desta forma, quanto maiores forem as oportunidades de participação nos cenários de atividades, maiores serão as oportunidades de aprendizado, em uma relação proporcionalmente direta. Quanto a esse fator, os autores apontam que se espera que uma criança participe em média em 16 ambientes domiciliares e 25 ambientes comunitários, os quais resultam em aproximadamente 150 cenários de atividade, que originam mais de 200 diferentes oportunidades de aprendizagem (DUNST, BRUDER, 1999a).

Além do cenário de atividades, dois outros elementos surgem dessas intersecções: os estilos parentais e práticas de ensino; e as oportunidades de participação. Da interação entre as oportunidades de aprendizagem da criança e o suporte parental emergem “os estilos parentais e práticas de ensino com maior probabilidade de ter consequências que promovam o desenvolvimento”; e da intersecção entre suporte parental e suportes e recursos da família e comunidade, surgem as “oportunidades de participação e interação que os pais têm com os membros da rede de apoio pessoal-social, que influenciam as atitudes e comportamentos parentais” (DUNST, 2000, p. 102) (FIG. 4).

Figura 4 - Quatro componentes de um modelo de intervenção de sistemas familiares.



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

Adaptado pelo autor.

A partir do exposto, observa-se que o Modelo Integrado para a IP fornece mais do que uma estrutura para a prática, elencando características que precisam ser observadas para o desenvolvimento de ações que sejam verdadeiramente centradas na família. Nesse sentido, o autor aponta que esse modelo tem sido empregado em estudos que investigam “diferentes fatores ambientais que funcionam como intervenções - tanto intencionalmente planejadas, como parte da ocorrência natural de experiências e oportunidades de vida”, assim como também tem fornecido “um quadro para a conceptualização e estruturação da Intervenção Precoce e suporte à família” (DUNST, 2000, p.102).

2.3.2 O Modelo de Desenvolvimento Sistêmico para a Intervenção Precoce.

O Modelo de Desenvolvimento Sistêmico para a Intervenção Precoce foi elaborado por Michael Guralnick, em 2001, a partir das evidências de estudos que verificaram a dificuldade de desenvolver um modelo abrangente e “explicitamente concebido para integrar elementos complexos, isso é, constituir um sistema de Intervenção Precoce, (...) especialmente tendo em conta a diversidade e complexidade das necessidades das crianças e das famílias” (GURALNICK, 2001, p.2).

A proposição desse modelo foi feita, portanto, na tentativa de aproximar o conhecimento teórico e a prática, tendo o autor o estruturado a partir dos princípios de: (1) Organização de um quadro de desenvolvimento, no qual se incluem a análise do impacto do risco biológico ou deficiência instalada, bem como do risco ambiental; (2) Integração, especialmente no que se refere aos profissionais e sua articulação com as famílias; e (3) Inclusão, referente à participação da criança e da família nas atividades comunitárias e promoção de suportes e serviços em seus contextos naturais (GURALNICK, 2001).

Tomando por base tais princípios, o Modelo (FIG. 5) foi organizado em componentes principais, sendo eles: (1) Triagem e Encaminhamento; (2) Monitoramento; (3) Ponto de acesso; (4) Avaliação interdisciplinar abrangente; (5) Elegibilidade para o programa; (6) Entrada no programa de IP; (7) Programa de Intervenção Preventivo; (8) Avaliação de estressores; (9) Desenvolvimento e implementação do programa; (10) Monitoramento e avaliação dos resultados; e (11) Planejamento de transição. Estes componentes, por sua vez, são classificados como “pontos de decisão” (representados na figura pelo losango), que representam os momentos onde são definidos os procedimentos aplicáveis a cada caso; ou “atividades específicas” (representados na figura pelos retângulos), que representam as ações elaboradas a partir dos direcionamentos dos casos nos “pontos de decisão” (GURALNICK, 2001).

Partindo da ilustração do sistema proposto pelo autor (FIG. 5), tem-se como componente inicial a *Triagem e Encaminhamento*, que consistem na identificação dos primeiros sinais de alerta sobre possíveis riscos ao desenvolvimento e o encaminhamento dessas crianças e suas famílias aos pontos de acesso. No âmbito desse componente, a identificação pode ser feita tanto pela família quanto por profissionais que estejam envolvidos nos cuidados das crianças, havendo a possibilidade de utilização de ferramentas de triagem, desde que observadas suas

propriedades psicométricas e adequação, inclusive cultural. Como trata-se de um “ponto de decisão”, logo que detectado qualquer indício de risco com impacto sobre o desenvolvimento, o caso deve ser referenciado ou auto referenciado a um local especificamente delimitado, o *Ponto de Acesso*. Nos casos em que os fatores de risco estiverem presentes, porém não se identificar interferências no desenvolvimento, o acompanhamento é previsto pelo componente de *Monitoramento*. Através de reavaliações periódicas, esse componente objetiva a garantia de que, caso alguma alteração de desenvolvimento se instale após o período da primeira avaliação, essa criança possa ser encaminhada a um *Ponto de Acesso*.

Os *Pontos de Acesso* podem ser constituídos por diferentes serviços presentes na comunidade e são responsáveis por organizar as informações referentes a cada caso, identificar se o mesmo se enquadra em um grupo de risco ou com atraso já detectado e auxiliar na elaboração de uma avaliação interdisciplinar. No contexto do sistema, os *Pontos de Acesso* também são classificados como “pontos de decisão”, cabendo a eles, a partir das *Avaliações Interdisciplinares Abrangentes*, a identificação do atraso/deficiência, ou o encaminhamento do caso para programas preventivos.

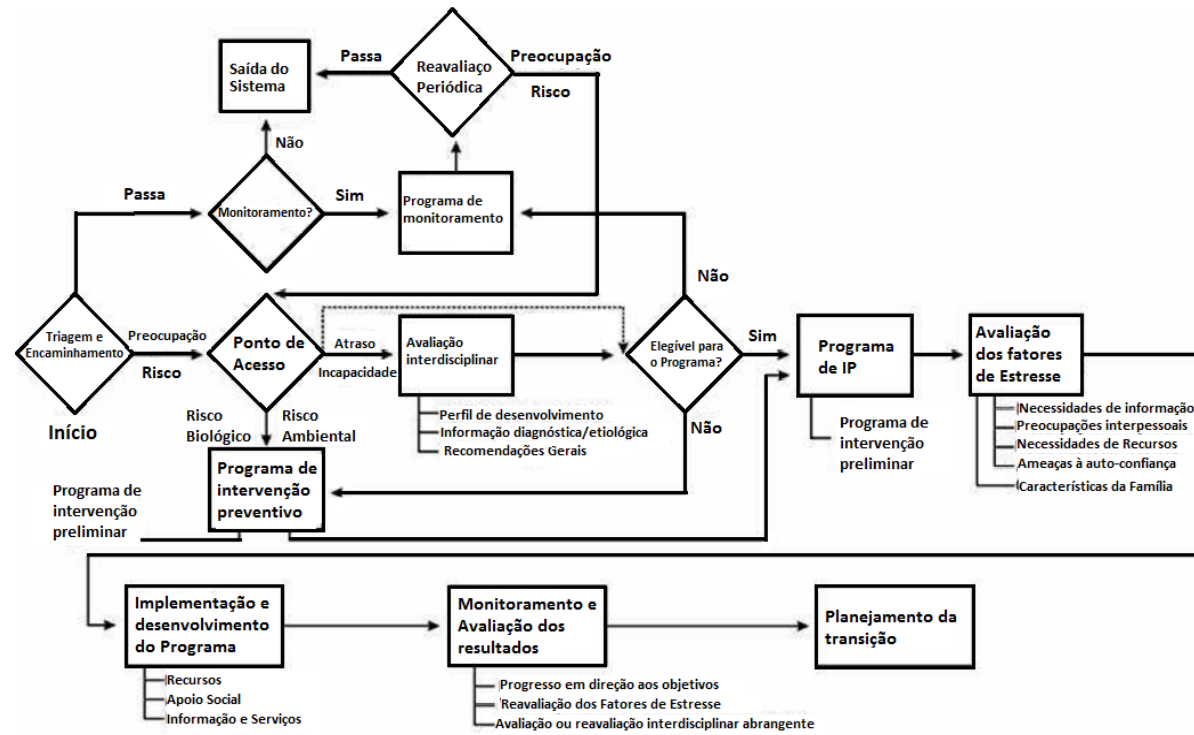
A *Avaliação Interdisciplinar Abrangente* é considerada vital para o Modelo, por sua importância na estruturação e mesmo na definição dos passos seguintes no sistema. Desta forma, como uma “atividade específica” ela permite aos profissionais gerar

um perfil da saúde e desenvolvimento da criança e descrever padrões de funcionamento familiar dentro de sua casa, bairro e comunidade em geral. Além disso, a equipe tenta gerar um diagnóstico, muitas vezes de forma categorizada (Ex: paralisia cerebral, atraso no desenvolvimento), mas pode ter informações suficientes para estabelecer uma etiologia biológica ou ambiental ou múltiplas etiologias (GURALNICK, 2001, p.9).

A partir das informações obtidas no processo de avaliação, são traçadas as recomendações individuais para cada caso, bem como observados os pontos que precisam ser melhor investigados.

Após a avaliação, os casos são analisados segundo os critérios de *Elegibilidade para o Programa*. Por se tratar de um “ponto de decisão”, existem três possíveis opções para encaminhamento nesse nível: a formalização da *Entrada no Programa de IP*, quando detectada a deficiência ou impacto dos fatores de risco sobre o desenvolvimento; o encaminhamento para um programa de monitoramento ou para um programa preventivo.

Figura 5 - Modelo de Desenvolvimento Sistêmico para a Intervenção Precoce



Fonte: GURALNICK, M.J. A developmental systems model for early intervention. *Infants and Young Children*, v.14, n.2, 1-18 p., out. 2001. Adaptado pelo autor.

Quando identificada a elegibilidade, a *Entrada no Programa de IP* constitui a primeira de uma série de “atividades específicas” pelas quais a criança e sua família podem passar de acordo com as características do seu caso, resultando na oferta de “suporte social e de recursos, e de informação e serviços” (GURALNICK, 2001, p.10). Pela perspectiva do Modelo, para que esses suportes sejam eficientes à intervenção, é necessária a realização da *Avaliação dos Estressores* relacionados aos padrões de interação familiar. Guralnick (2001, p.10) aponta que “a avaliação dos estressores é a característica central Modelo de Desenvolvimento Sistêmico”, uma vez que objetiva a identificação de características que impactam sobre os padrões de interação familiar. Neste contexto, entrevistas e instrumentos podem ser utilizados para o levantamento dos fatores de estresse que, por sua vez, podem ser classificados em quatro categorias: Necessidade de informação, Preocupações interpessoais, Necessidades de recursos e Ameaças à autoconfiança.

Enquanto os fatores de estresse são avaliados, um programa de intervenção preliminar pode ser estabelecido, no âmbito do qual podem ser identificados os pontos de suporte no qual a Intervenção Precoce se apoiará, esclarecidas e aprofundadas questões relativas ao desenvolvimento da criança por meio de aplicação de testes específicos e estabelecido o vínculo entre profissionais e a família, com a possível indicação de um coordenador de serviço responsável pelo caso.

Após a estruturação dos resultados de todas as avaliações e o levantamento dos dados referentes aos fatores de estresse, ocorre o *Desenvolvimento e Implementação do Programa*. Para tanto, o processo

requer a identificação apropriada de suportes sociais e de recursos, e informação e serviços direcionados aos estressores. Nesse estágio, sugestões concretas para atividades são discutidas e justificadas, e um programa de intervenção coordenado que combina esses elementos é apresentado (GURALNICK, 2001, p.13)

Essa fase supõe a aplicação de práticas baseadas em evidência e da perspectiva holística para a compreensão das influências ecológicas sobre o desenvolvimento e as relações.

Ao longo da implementação do programa deve ser realizado o *Monitoramento e Avaliação dos Resultados*, com vistas à identificação da eficácia das propostas e sua reestruturação, caso se faça necessário. Neste contexto, as informações devem ser compartilhadas por todos os responsáveis pelo caso e atenção especial deve ser dada a mudanças no comportamento da criança ou em sua interação com a família, como também nos fatores de estresse, situações em que reavaliações podem ser propostas.

O último componente do sistema refere-se ao *Planejamento de Transições*, que deve ocorrer sempre que houver a transição entre serviços ou a incorporação de um novo ambiente à rotina da criança e da família. Esse planejamento parte do entendimento de que “para crianças com necessidades especiais, transições podem facilmente perturbar rotinas bem estabelecidas e causar tumultos consideráveis”, o que aponta para a necessidade de estruturação de ações voltadas redução dos impactos causados por essas transições (GURALNICK, 2001, p.15).

2.4 A Intervenção Precoce no Brasil

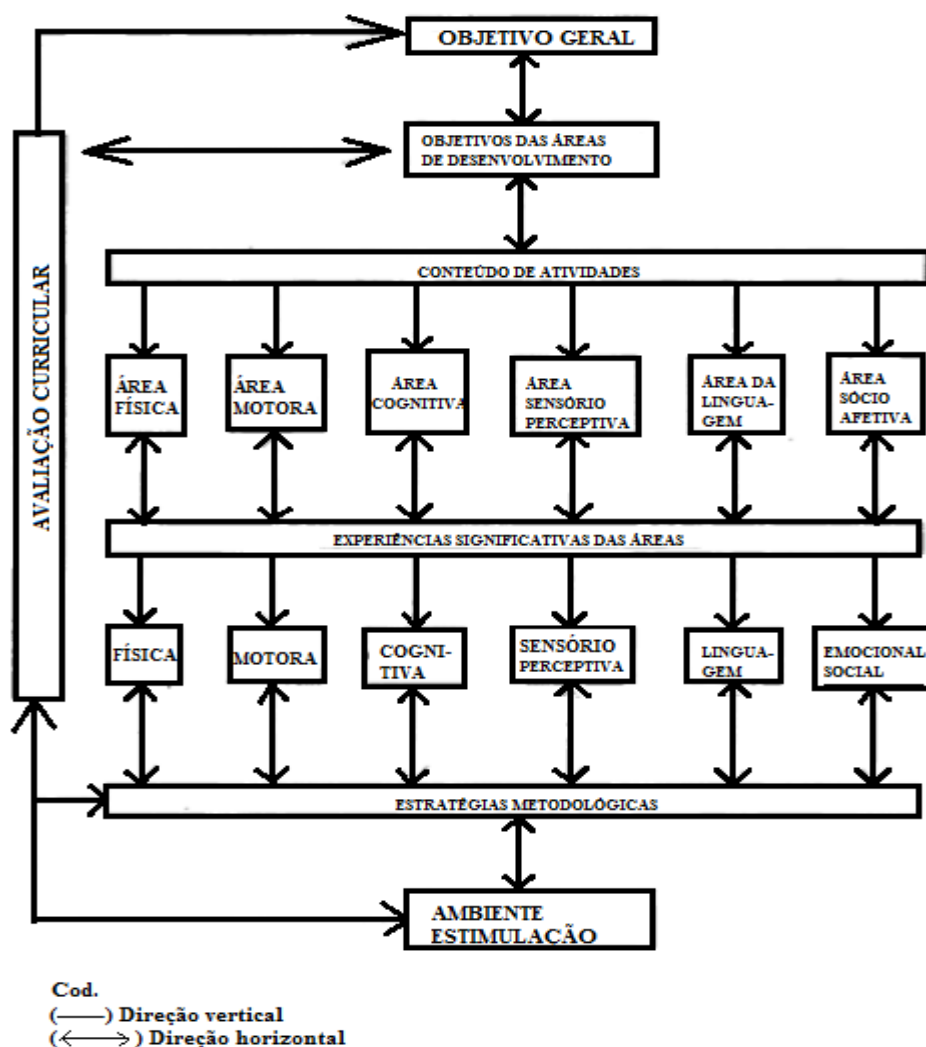
No Brasil, os serviços de IP “tornaram-se mais expressivos nas décadas de 1970 e 1980, quando eram vinculados aos programas de instituições de educação especial, como os institutos para cegos e/ou para surdos, além das associações de familiares, como a APAE” (CUNHA, BENEVIDES, 2012, p.113; COSTA, 2013). As ações, então denominadas de Estimulação Precoce (EP), se mantiveram por longos anos atreladas exclusivamente à Educação Especial, como demonstrado pelo lançamento, em 1996, das Diretrizes Educacionais sobre Estimulação Precoce, na qual se afirmou a existência de iniciativas “isoladas e organizadas de maneira substancialmente diversa” (BRASIL, 1996, p.9). Desta forma, através de tais diretrizes, se propõe uma uniformização dos princípios adotados por esses serviços, com vistas à garantia do melhor desenvolvimento, reafirmando a adoção do termo Estimulação Precoce (EP) e definindo-a como um “conjunto dinâmico de atividades e de 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, 1996, p.11).

Apesar de elaboradas no domínio da Educação, é prevista pelas diretrizes a “ampliação da rede desses serviços nas instituições que atendem qualquer tipo de criança”. Desta forma, instituições de educação especial, hospitais, berçários, creches, pré-escolas, postos de saúde, clínicas e centros religiosos tornam-se potenciais pontos de implementação de serviços de estimulação precoce (BRASIL, 1996, p.19).

Tal ampliação reflete as premissas de interlocução entre ações no âmbito da Educação, Saúde e Assistência Social, bem como de adoção da abordagem transdisciplinar pelas equipes que, idealmente, deveriam ser compostas por professor (com especialização em psicologia, psicopedagogia ou educação física), psicólogo, fonoaudiólogo, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, médico e técnico em eletrônica, com vistas à garantia de um atendimento integral realizado por meio da interação e cooperação entre diferentes áreas.

Em relação às intervenções propriamente ditas, as diretrizes previam sua estruturação a partir da elaboração de um plano de intervenção individualizado, voltado às “áreas do desenvolvimento global da criança (física, motora, cognitiva, sensório-perceptiva, linguagem e socioafetiva)”, elaborado com base nos resultados obtidos na avaliação inicial e nas observações realizadas ao longo dos atendimentos, no qual deveriam constar dados relativos aos objetivos esperados. Outro importante elemento para a intervenção era participação dos pais na implementação dos serviços, devendo esses receber orientações e capacitações para dar continuidade à estimulação no lar (FIG. 6).

Figura 6 - Estrutura do Currículo de Intervenção Precoce



Fonte: BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Especial. **Diretrizes Educacionais sobre Estimulação Precoce**. Brasília, 1996. 46 p. Adaptado pelo autor.

Apesar de tais diretrizes se constituírem como um importante avanço no que diz respeito à proposta de estruturação dos serviços de EP a nível nacional (HANSEL, 2012), suas fragilidades em relação à fundamentação teórica e delimitação precisa dos procedimentos metodológicos parecem ter lhe conferido pouco impacto sobre as características dos serviços ofertados.

No decorrer dos anos seguintes à publicação das Diretrizes Educacionais para Estimulação Precoce, foram elaboradas no âmbito das estratégias de humanização e das linhas de cuidado do Sistema Único de Saúde

práticas que se enquadram perfeitamente em medidas que se podem definir como intervenções precoces, ou seja, práticas pontuais com enfoque preventivo e planejadas a partir da singularidade de cada caso, porém baseadas numa abordagem mais ampla do sujeito, que leva em consideração suas dimensões biopsicossociais (CUNHA, BENEVIDES, 2012, p. 114, 115).

Dentre os documentos que regulamentaram práticas de IP no âmbito da saúde, destaca-se a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, lançada pelo Ministério da Saúde em 2004, a qual sumariza “as principais diretrizes que devem ser seguidas no desenvolvimento de políticas de atenção à criança” (BRASIL, 2004, p.6). No contexto dessa agenda, o termo Intervenção Precoce encontra-se descrito na linha de “Atenção à Criança Portadora de Deficiência”, sendo situado enquanto um recurso para garantia de “atenção integral e multiprofissional” (p.33). Destaca-se que tal documento, se analisado por uma compreensão abrangente, poderia constituir uma importante ferramenta para compreensão e delineamento de ações de Intervenção Precoce que extrapolassem o modelo clínico reabilitativo, uma vez que enfatiza as oportunidades de prevenção e intervenção sobre condições que ofereçam risco ao desenvolvimento. No entanto, estudos apontam que sua aplicação esbarra nos obstáculos da formação profissional em saúde, que permanece centrada na doença (ALVES E SILVA et al., 2009); nas dificuldades de articulação intersetorial e no isolamento e fragmentação de ações, como as voltadas aos portadores de deficiências (MAIA, 2010).

Em 2011, em resposta à ratificação da Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, é lançado o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite, o qual prevê a garantia de direitos e oportunidades aos portadores de deficiências através “da articulação de políticas governamentais de acesso à educação, inclusão social,

atenção à saúde e acessibilidade” (BRASIL, 2013, p.8). No âmbito da esfera de Atenção à Saúde desse Plano, se estabelece, em 2012, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, cujos objetivos são a “implantação, qualificação e monitoramento das ações de reabilitação nos estados e municípios. A nova política induz a articulação entre os serviços, garantindo ações de promoção à saúde, identificação precoce de deficiências, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação” desde a gestação até a vida adulta (BRASIL, 2013, p.69).

No domínio da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, as ações de Intervenção Precoce são descritas a partir da “revisão do marco normativo da Política Nacional de Triagem Neonatal, que passará a integrar o componente sanguíneo da triagem (Teste do Pezinho), triagem auditiva (Teste da Orelhinha) e a triagem ocular (Teste do Olhinho)”, sendo destinadas à detecção de condições de risco ao desenvolvimento em crianças de zero a dois meses (BRASIL, 2013, p.72). Neste contexto, são descritas ainda Diretrizes Terapêuticas voltadas à estruturação do atendimento a condições de saúde específicas, como a atenção à pessoas com Síndrome de Down; atenção à pessoa amputada; atenção à pessoa com Paralisia Cerebral; atenção à Triagem Auditiva Neonatal; atenção à pessoa com Lesão Medular; e Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo; bem como se estabelecem os Centros Especializados em Reabilitação como um ponto de atenção destinado a promover ações de habilitação e reabilitação em vinculação à outros pontos da Rede SUS (BRASIL, 2013).

Além da organização dos serviços a nível nacional, a autonomia dos estados brasileiros permite que leis, ações e programas sejam desenvolvidos e implementados a nível estadual, desde que respeitem os princípios constitucionais. Nesse contexto, alguns estados têm desenvolvido ações que se alinham às propostas da EP, com vistas à promoção do desenvolvimento infantil, como é o caso do estado de São Paulo, que lançou em 2012 o Programa São Paulo pela Primeiríssima Infância (PSPPI). Esse programa foi

desenhado sob a premissa de que a promoção à saúde integral da criança e o aprimoramento das ações de prevenção de agravos e assistência são objetivos que, além de reduzirem a mortalidade infantil, apontam para o compromisso de se prover qualidade de vida favorecendo o desenvolvimento da criança em todo o seu potencial (SÃO PAULO, 2016, s/n).

Para tanto, estabeleceu-se uma parceria entre a Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) e a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV), com a finalidade de elaborar ações de promoção do desenvolvimento na primeira infância através da “articulação de uma governança intersetorial com participação de representantes das secretarias da Saúde, Educação e Assistência Social; da capacitação dos profissionais dessas três redes públicas; e da

sensibilização da comunidade para o tema da Primeira Infância” (FMCSV, 2015, s/n). Desta forma, o PSPPI organiza-se em torno de seis grandes objetivos:

Apoiar a construção da linha de cuidado da criança para nortear as ações de articulação em rede para todo o estado de São Paulo, incorporando os elementos constitutivos da integralidade na promoção do desenvolvimento infantil.

Estimular e desenvolver governança local para construir políticas públicas integradas, que priorizem a promoção do desenvolvimento infantil garantindo a institucionalização de uma prática sustentável e de qualidade.

Qualificar o atendimento das gestantes e crianças de zero a três anos nos serviços de Saúde, Educação Infantil e Desenvolvimento Social.

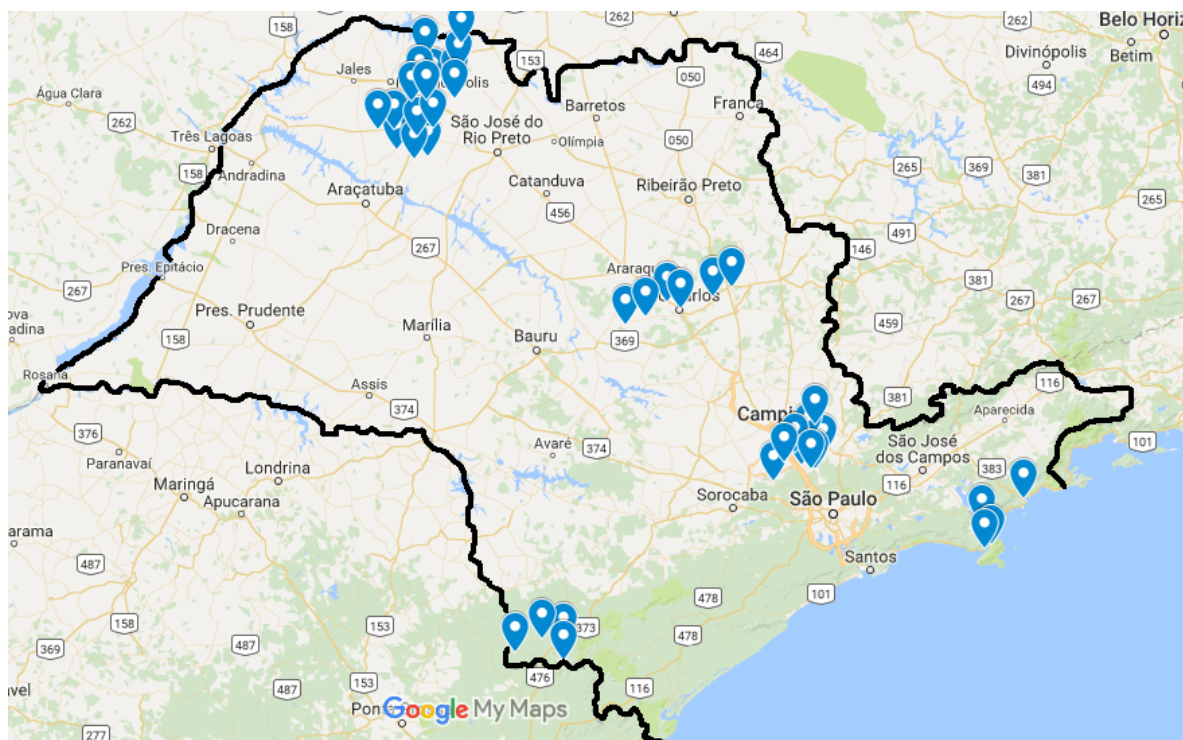
Mobilizar e sensibilizar as comunidades locais para a importância da atenção à Primeira Infância

Criar e aplicar o Índice Paulista de Atenção à Primeira Infância (IPPI) para monitoramento da atenção à primeira infância no estado.

Avaliar, sistematizar e disseminar o conhecimento gerado durante a experiência para a aplicação, em escala, por outros municípios (SÃO PAULO, 2016, s/n.).

Atualmente o PSPPI é desenvolvido em 41 municípios paulistas, distribuídos em 5 Colegiados de Gestão Regional, os quais totalizam uma população estimada de 1.659.000 (um milhão e seiscentos e cinquenta e nove mil) habitantes, com perspectiva de expansão para outros 60 municípios a partir do ano de 2017 (FMCSV, 2015; SÃO PAULO, 2016) (FIG. 7).

FIGURA 7 - Mapa da distribuição dos municípios participantes do PSPPI.



Fonte: Google Maps

Desta forma, observa-se que a temática da promoção do desenvolvimento infantil tem sido objeto de investimentos e interesse, contudo, apesar dos notáveis esforços voltados à estruturação e sistematização das ações de Intervenção Precoce no cenário nacional, “os documentos oficiais, a produção científica e mesmo a prática da estimulação precoce no Brasil ainda são escassos e enfrentam muitos obstáculos” (HANSEL, 2012, p.34).

Como apontado anteriormente, as práticas de IP desenvolvidas com base no modelo ecológico, sistêmico e centrado na família têm sido adotadas por alguns países há mais de três décadas, em virtude do reconhecimento de sua eficácia e do comprovado impacto sob a qualidade dos programas que as adotam (GURALNICK, 2015, 2016; CARVALHO, 2016). No entanto, no Brasil, o que parece existir é um predomínio do atendimento eminentemente centrado nas necessidades das crianças e que prioriza “fundamentos neurológicos e princípios preventivos” (BOLSANELLO, 2003, p.344-345).

Tal constatação é reforçada por Marini, Lourenço e Della Barba (2016) os quais evidenciaram, a partir de uma revisão sistemática de estudos nacionais, que as ações de Intervenção Precoce

parecem desenvolver-se exclusivamente aliadas ao setor da saúde, com forte prevalência de práticas de voltadas à estimulação de habilidades, através do emprego de abordagens clínicas, com enfoque centrado na criança e estruturadas a partir de um modelo reabilitativo de cuidado (2016, p.13)

Nesse sentido, um outro levantamento realizado por Cia e Candido (2014), acerca da produção nacional de estudos sobre identificação e Intervenção Precoce, verificou ainda que a elegibilidade das crianças para estimulação precoce mantém-se restritamente pautada nas características do desenvolvimento infantil, desconsiderando fatores ambientais que possam influenciar o mesmo. Considera-se, assim, que tais características, associadas à escassez de pesquisas e produções científicas que fortaleçam e direcionem as práticas, podem induzir os profissionais que atuam em Intervenção Precoce à adoção de um modelo mecanicista, onde as intervenções são “limitadas à estimulação de um órgão, membro ou função deficitários na criança” (BOLSANELLO, 2003, p.345).

Diante desse cenário, estudos (FREITAS, SILVA, 2014; FREITAS, PONTES, 2014; MARINI, LOURENÇO, DELLA BARBA, 2016) apontam a necessidade de investimento em pesquisas nacionais acerca da temática da IP centrada nas famílias, bem como salientam a necessidade da adoção dessas práticas no país. Tais considerações apontam para a urgência na formulação de programas e diretrizes governamentais que estimulem e auxiliem na elaboração

e direcionamento das ações de Intervenção Precoce para uma perspectiva centrada na família, uma vez que a participação governamental é um dos aspectos responsáveis pelo sucesso destes programas em vários países (SERRANO, 2010, 2007; HARBIN, MCNULTY, 2000; UNDERWOOD, 2012; PINTO et al, 2012).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

O presente estudo tem por objetivo identificar as práticas desenvolvidas pelos serviços de Intervenção Precoce destinados a crianças de zero a cinco anos, no estado de São Paulo.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os serviços de Intervenção Precoce, a partir da composição profissional das equipes;
- Identificar os modelos e abordagens empregados pelos serviços de Intervenção Precoce em suas práticas.
- Identificar os modelos teóricos que sustentam as práticas desenvolvidas por profissionais que atuam em serviços de Intervenção Precoce.

4 METODOLOGIA

4.1 Caracterização do Estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório, de abordagem quali-quantitativa, executado em duas etapas, a saber:

- Primeira Etapa: Identificação e Caracterização dos serviços e equipes de Intervenção Precoce;
- Segunda Etapa: Estudo exploratório com equipes de serviços de Intervenção Precoce previamente selecionadas a partir da primeira etapa.

4.2 Composição Amostral

Esse estudo empregou uma amostra não probabilística por conveniência (GUIMARÃES, 2012).

A amostra da primeira etapa deste projeto foi composta por serviços de Intervenção Precoce pertencentes à cada uma das cinco regiões abarcadas pelo Programa São Paulo pela Primeiríssima Infância. Após a identificação das cidades que contam com estes serviços, foi realizado o contato telefônico com os coordenadores dos mesmos a fim de verificar se desenvolvem ações de Intervenção Precoce. Aos que desenvolviam, foi realizado o convite para participação desta pesquisa.

A amostra da segunda etapa foi composta por equipes de profissionais que atuam em serviços de Intervenção Precoce participantes da primeira etapa desta pesquisa. Foi selecionada uma equipe de cada uma das cinco regiões, utilizando como critérios⁵:

- A presença de indicadores de práticas centradas na família,
- Tempo de existência da equipe de IP, dando prioridade àquelas mais antigas;
- Composição da equipe, priorizando-se equipes com maior diversidade de profissionais;

⁵ Os critérios foram elaborados com base na literatura que fundamenta esse trabalho, com vistas à seus objetivos.

- Tempo de trabalho dos profissionais na equipe, priorizando-se aquelas nas quais os profissionais atuem há mais tempo.

4.3 Participantes

Participaram da primeira etapa desse estudo 9 profissionais entre coordenadores e especialistas que integram as equipes de serviços de Intervenção Precoce destinados a crianças de zero a cinco anos, no estado de São Paulo. Na segunda etapa, participaram 23 profissionais de 8 diferentes especialidades, selecionados a partir da primeira etapa do estudo. Foram incluídos apenas aqueles profissionais em exercício de atividade formal no serviço e que concordaram em participar, sinalizando tal opção no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.4 Local

A primeira etapa do estudo foi realizada em uma plataforma virtual, elaborada com a ferramenta Formulários Google, a qual encontrava-se disponível para acesso online e gratuito.

A segunda etapa foi realizada nas dependências de 4 serviços, localizados em 4 municípios paulistas, os quais encontram-se na área de abrangência do PSPPI.

4.5 Instrumentos

Para o levantamento dos dados relativos ao objetivo de caracterização dos serviços de IP e identificação dos critérios de seleção para participação na segunda etapa do estudo foram elaborados três questionários pela pesquisadora, os quais foram disponibilizados em uma plataforma única para preenchimento online pelos coordenadores dos serviços. Com vistas aos demais objetivos, foi elaborado um roteiro de entrevista semiestruturado, o qual foi aplicado presencialmente com os participantes selecionados para a segunda etapa do estudo.

4.5.1 Questionário de caracterização do serviço

Nesse questionário (Apêndice A) foram dispostas perguntas relativas à identificação do respondente (nome completo, cargo/função exercida), relativas à instituição (nome, tempo de funcionamento, vinculação ao Sistema Único de Saúde, público alvo, caracterização da instituição quanto à gestão) e relativas à presença de equipe de Intervenção Precoce (atendimento de crianças de zero a cinco anos e existência de equipe denominada de Intervenção Precoce).

4.5.2 Questionário de caracterização da equipe

Esse questionário (Apêndice B) foi composto por perguntas relativas à equipe de IP (tempo de existência na instituição, abordagem de trabalho empregada) e sua composição (número de profissionais, especialidades, tempo médio de atuação na equipe por especialidade). As perguntas referentes ao número de profissionais e tempo médio de atuação na equipe foram elaboradas com seis opções de resposta.

4.5.3 Questionário de participação das famílias na Intervenção Precoce

Esse questionário (Apêndice C) foi elaborado com vistas à identificação de elementos que apontem para a execução de Práticas Centradas na Família. Para tanto, ele é composto por quatro questões fechadas relativas ao envolvimento da família em diferentes etapas do atendimento de IP (participação nos cuidados, ações em que está envolvida, formas de participação, inserção como sujeito do cuidado), havendo uma série de opções disponíveis para preenchimento pelo respondente.

4.5.4 Roteiro de entrevista semiestruturado

Como descrito posteriormente, o roteiro de entrevista semiestruturado (Apêndice D) foi elaborado pela pesquisadora com o objetivo de identificar as práticas desenvolvidas pelos profissionais nas etapas de Referência, Primeiros Contatos, Avaliação, Desenvolvimento do plano de intervenção, Implementação e Monitoramento, Avaliação dos Resultados e Transição.

Dessa forma, sua versão final é composta por 27 questões, sendo duas relativas ao processo de Referência, duas aos Primeiros Contatos, quatro à Avaliação, quatro ao Desenvolvimento do Plano de Intervenção, seis à Implementação e Monitoramento, duas à Avaliação dos Resultados, duas à Transição e cinco relativas à qualidade técnica.

4.6 Procedimentos

4.6.1 Aspectos Éticos

O presente estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, tendo sido aprovado sob o parecer nº1.539.965, homologado em 11 de maio de 2016 (ANEXO A).

Aos participantes de ambas as etapas foi disponibilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices G e H), no qual foram descritos os objetivos do estudo,

seus riscos e benefícios, bem como esclarecida a não obrigatoriedade de participação, a possibilidade de retirada do consentimento e desistência da participação e a garantia de anonimato. Esclarecimentos adicionais acerca do estudo foram fornecidos aos profissionais que os solicitaram.

4.6.2 Elaboração e validação do roteiro de entrevista

O roteiro de entrevista semiestruturado (Apêndice D) foi elaborado à luz dos princípios orientadores de práticas recomendadas para a IP, apresentados por Carvalho et al (2016). Segundo os autores (CARVALHO et al, 2016, p.75), estes princípios “assentam numa extensa validação empírica do trabalho com crianças e famílias em Intervenção Precoce”, tendo como principal referencial teórico o Modelo Integrado de Intervenção Precoce (DUNST, 2000).

Por essa perspectiva, a intervenção é compreendida como um ciclo dinâmico, composto por etapas que muito se aproximam daquelas descritas por Guralnick (2001) em seu Modelo de Desenvolvimento Sistêmico para a IP. Desta forma, o roteiro de entrevista foi organizado com vistas às práticas desenvolvidas em cada uma das seguintes etapas: Referência, Primeiros Contatos, Avaliação, Desenvolvimento do Plano de Intervenção, Implementação e Monitoramento, Avaliação dos Resultados e Transição.

Além das questões referentes às práticas, foram elaboradas questões relativas à formação básica e continuada dos profissionais, e aos referenciais que embasam suas práticas, uma vez que a qualidade técnica é um componente reconhecidamente importante para a implementação de práticas de ajuda eficazes (CARVALHO et al, 2016; CORREIA, SERRANO, 2000).

Após a elaboração da primeira versão do roteiro, essa passou por uma fase de adequação, sendo encaminhada à uma comissão composta por três juízes com ampla experiência na área. O convite aos juízes foi feito por meio de uma Carta Convite (Apêndice E), enviada por correio eletrônico, na qual constavam dados relativos ao projeto e seus objetivos, bem como uma breve descrição do processo de adequação. A partir do aceite dos juízes, lhes foram disponibilizados o roteiro de entrevista juntamente com uma carta contendo informações adicionais para orientação no processo de adequação (Apêndice F).

A partir da devolutiva dos roteiros pelos juízes, foram observadas as considerações e acatadas as sugestões, resultando na versão final do roteiro de entrevista, cuja descrição foi detalhada na seção Instrumentos.

4.6.3 Identificação dos serviços de Intervenção Precoce

A etapa de identificação dos serviços que compõem a amostra desse estudo iniciou-se pela identificação dos diretores dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) pertencentes às cinco regiões que abarcam o PSPPI, aos quais seria solicitada a indicação dos municípios que contassem com serviços de atenção a crianças com deficiência ou risco para o desenvolvimento neuropsicomotor. Para tanto, foi feito contato telefônico com o articulador da regional A⁶, solicitando ajuda na identificação dos demais diretores. Em resposta à solicitação, foi indicado que se realizasse contato com os responsáveis pelo PSPPI na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), para a obtenção da informação.

Conforme indicado, procedeu-se a realização do contato via correio eletrônico com esses responsáveis, os quais responderam com a indicação de que a Regional D ainda não possuía um articulador, dada a recente implantação do programa, e que os demais contatos seriam indicados em breve. Solicitou-se, então, uma indicação de como a Regional D estava se organizando, porém não se obteve resposta.

Em virtude da não obtenção de resposta, após dez dias da realização do contato foi feito um novo contato para solicitação dos dados. Concomitantemente, buscou-se uma outra via de acesso a essas informações, através do contato com os responsáveis pelo PSPPI na Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV). Desta forma, foi feito o contato via correio eletrônico, no qual se apresentaram, assim como no e-mail enviado a SES-SP, a proposta e objetivos do trabalho e a solicitação de indicação dos contatos dos articuladores regionais. Após vinte dias, com a não obtenção da resposta, o e-mail foi encaminhado novamente e nessa ocasião obteve-se a resposta de que a proposta seria apresentada aos articuladores e os contatos seriam enviados após a autorização dos mesmos. Junto a essa resposta foi anexado o contato de um dos articuladores (Regional C), o qual concordou em fornecer as informações. Nessa ocasião, foi mencionada novamente a ausência de um articulador na Regional D, sendo solicitado pela pesquisadora o contato de algum outro integrante do programa que pudesse colaborar com o fornecimento dos dados. A partir dessa fonte, foram alcançados ainda os contatos de mais dois articuladores (Regionais A e E), além da indicação de que as informações acerca dos serviços de atenção a crianças em situação de atraso/risco para o desenvolvimento também poderiam ser

⁶ Nome fantasia adotado pela autora com a finalidade de garantia do anonimato dos participantes.

obtidas através dos articuladores da atenção básica, vinculados às Diretorias Regionais de Saúde (DRS). Foram indicados, na ocasião, os respectivos números telefônicos das DRS de pertencimento das Regionais do PSPPI.

A partir desses dados, foi feito o contato via correio eletrônico com os diretores dos CGR vinculados ao PSPPI, onde novamente foram explicados a proposta e os objetivos da pesquisa e feita a solicitação para indicação dos municípios que contassem com serviços de IP. Para o maior esclarecimento, foi descrito o que se nomeava por serviços de IP, com base na definição adotada nesse trabalho, assim como reforçada a disponibilidade da pesquisadora para o esclarecimento de eventuais dúvidas. Não foram obtidas respostas à essa solicitação.

Em virtude da dificuldade de acesso às informações por essa via, optou-se então pelo contato direto com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) dos municípios pertencentes à cada Regional. Desta forma, foi feito o levantamento e listagem das secretarias e respectivos telefones e procedeu-se o contato telefônico com as 38 SMS, através do qual solicitou-se o endereço de e-mail dos respectivos secretários, aos quais foram enviadas as cartas de apresentação do projeto juntamente com a solicitação de ajuda para a identificação dos serviços de Intervenção Precoce em seus municípios.

A partir desses contatos, foram obtidas respostas de três municípios, sendo duas favoráveis à participação e uma solicitando que a pesquisadora realizasse contato com o coordenador do PSPPI no município, o qual forneceria a autorização. Desta forma, a pesquisadora procedeu com o encaminhamento dos ofícios de autorização para a realização da pesquisa aos municípios que concordaram em participar, os quais foram preenchidos e devolvidos à pesquisadora; e com a realização do contato via correio eletrônico com o coordenador indicado pelo terceiro município, o qual indicou o serviço e realizou a articulação com a SMS para assinatura do ofício de autorização.

Concomitantemente à realização dos contatos com as secretarias de saúde foi feito um novo contato com os diretores dos CGR do PSPPI. Como resposta, o diretor da Regional A informou que não saberia indicar os serviços existentes nos seis municípios que compõem sua região de abrangência, mas que os coordenadores municipais poderiam auxiliar na comunicação com as secretarias de saúde, fornecendo os contatos dos mesmos na ocasião.

Foi feito então, o contato via correio eletrônico com os seis coordenadores dos municípios dessa regional, dos quais dois responderam, sendo que um dos coordenadores informou que

responderia depois, por problemas pessoais, e o outro, solicitou que fosse feito contato telefônico, através do qual foi obtida a resposta acerca dos serviços do município. Não foi obtida resposta de nenhum dos demais diretores dos CGR do PSPPI.

Dada ausência de respostas no intervalo de um mês do envio da proposta às SMS, foi feito, um novo contato telefônico e o reenvio da carta de apresentação do projeto aos secretários que assim solicitaram. A partir desse novo contato, obteve-se a indicação de serviços em mais dois municípios.

Enquanto se desenvolvia essa etapa da pesquisa, em 13 de janeiro de 2016, foram lançadas pelo Governo Federal as “Diretrizes Nacionais para Estimulação Precoce”, inseridas no âmbito do Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia, nas quais se referia que os atendimentos dessa modalidade poderiam ser oferecidos pelos Centros Especializados em Reabilitação (CER). A partir dessa informação e por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde⁷ (CNESNet), foi feito o levantamento dos CER existentes na área de abrangência desse estudo (Quadro 1), sendo identificados cinco destes serviços (3 na Regional D, 1 na Regional B e 1 na Regional C), dos quais dois já haviam sido indicados pelas respectivas SMS.

A partir da identificação, procedeu-se o contato telefônico com os três CER ainda não indicados, com a finalidade de localizar os que, de fato, atendessem a população de crianças nas condições especificadas para essa pesquisa, sendo que desses, dois atendiam aos critérios. Nesse momento, não foi possível a obtenção de informações acerca de um dos serviços, uma vez que esse se encontrava em período de transição de gestão, não havendo um coordenador para responder à solicitação.

A partir da localização desses serviços, procedeu-se novamente a realização de contato telefônico com as SMS desses e dos demais municípios que ainda não haviam respondido às solicitações anteriores, sendo encaminhadas novamente a carta de apresentação e convite para participação na pesquisa, não se tendo obtido respostas.

⁷ Disponível em < <http://cnes2.datasus.gov.br/>> . Acesso em 04/02/2016.

Quadro 1 - Distribuição dos Centros Especializados em Reabilitação, segundo levantamento realizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Regional	CER
Regional A	0
Regional B	1
Regional C	1
Regional D	3
Regional E	0

Fonte: Autoria própria.

Em virtude da grande dificuldade na obtenção das autorizações por meio das SMS, foi feito um novo contato telefônico com todas as secretarias das quais ainda não se havia obtido resposta, com a finalidade de realizar, por esse meio, o levantamento dos serviços existentes nos municípios, que atendessem crianças dentro das condições especificadas para essa pesquisa. A partir desse levantamento, foram identificados 12 serviços, estando esses presentes em 4 municípios da Regional A, 6 municípios da Regional B e 2 municípios da Regional C. Por esse meio não foram identificados serviços nas regionais D e E.

Após o levantamento, procedeu-se o contato telefônico com os doze serviços, com vistas à identificação dos que, de fato, realizassem atendimentos de crianças entre zero e cinco anos, dentro das condições especificadas na pesquisa, resultando em 9 serviços (2 da regional A, 5 da regional B e 2 da regional C).

Dessa forma, essa etapa do estudo foi concluída com a identificação de 18 serviços, distribuídos em quatro das cinco regionais investigadas, conforme detalhado no Quadro 2.

Quadro 2 - Detalhamento da fase de identificação dos serviços.

Regional	A	B	C	D	E
Total de municípios por regional	6	9	14	4	5
Municípios onde não se conseguiu contato	0	1	2	1	2
Serviços indicados pelos diretores do SPPI	1	0	0	0	0
Serviços indicados pelas SMS	1	2*	1	1*	0
Serviços localizados via CNESNet	0	1*	1	3*	0
Serviços localizados por busca direta	2	5	2	0	0
Total de serviços de IP por regional	4	7	4	3	0

*Serviços indicados pelas SMS e também localizados via CNESNet.

4.6.4 Solicitação de autorização para realização da pesquisa.

O procedimento de solicitação de autorização para a realização da pesquisa ocorreu à medida que os serviços de IP foram identificados. Dessa forma, os ofícios (Apêndices I e J) foram encaminhados às SMS ou aos próprios serviços⁸, a depender da vinculação destes últimos ao órgão municipal.

⁸ Nos casos em que os serviços se tratavam de organizações não governamentais, o pedido de autorização foi feito diretamente à coordenação dos mesmos.

Dos 18 ofícios encaminhados, 10 foram preenchidos e devolvidos à pesquisadora (Quadro 3), sendo que nos municípios os quais o serviço encontrava-se vinculado à prefeitura, a autorização foi solicitada à ambos.

Quadro 3 - Total de serviços convidados por regional e de autorizações para a pesquisa.

Regional	A	B	C	D	E
Total de serviços convidados	4	7	4	3	0
Autorizações	3	4	1	2	0

Fonte: Autoria própria.

4.6.5 Seleção dos participantes

A seleção dos participantes da primeira etapa do estudo se fez mediante o preenchimento e devolução dos ofícios de autorização da pesquisa, bem como pela sinalização da concordância no TCLE, os quais representavam o interesse em participar.

Participaram da segunda etapa 23 profissionais em exercício de atividade formal nos serviços pré-selecionados a partir dos resultados da primeira etapa, e que concordaram em participar através do preenchimento do TCLE.

4.6.6 Coleta de dados

Após a seleção dos participantes, procedeu-se um novo contato telefônico com os serviços, através do qual foi solicitado o endereço eletrônico dos respectivos coordenadores, para envio do link para acesso aos questionários que compunham a primeira etapa e do TCLE do participante. A pesquisadora esteve disponível (por telefone e correio eletrônico) durante todo o período da coleta para o esclarecimento de eventuais dúvidas apresentadas pelos participantes.

O preenchimento dos questionários foi feito por meio do acesso a uma plataforma virtual elaborada pela pesquisadora no aplicativo Formulários Google (Apêndices A, B e C). Após o

preenchimento das informações solicitadas, o participante realizava seu envio à pesquisadora pela própria ferramenta, clicando no botão enviar. Assim que esse procedimento era concluído, os dados preenchidos eram automaticamente disponibilizados à pesquisadora através de uma planilha no formato Microsoft Excel®.

Dos dez serviços que autorizaram a pesquisa, nove preencheram e enviaram os questionários, constituindo a amostra final do estudo. Dentre os serviços respondentes 2 localizam-se na Regional A, 4 na Regional B, 1 na Regional C e 2 na Regional D. Como observado anteriormente no Quadro 4, não foram identificados serviços na Regional E.

Para a coleta de dados referente à segunda etapa foi feito um novo contato via correio eletrônico com os coordenadores dos serviços selecionados, para agendamento das entrevistas. Essas foram realizadas nos próprios serviços, nas datas e horários indicados pelos coordenadores.

Antes da realização da entrevista, a pesquisadora apresentou o TCLE e esclareceu as dúvidas apresentadas por cada profissional. Participaram apenas aqueles profissionais que concordaram, mediante assinatura do TCLE. As entrevistas foram realizadas individualmente com cada participante e procedeu-se sua filmagem para posterior análise dos dados.

4.6.7 Análise dos dados

Os dados coletados na primeira etapa da pesquisa foram analisados por meio de técnicas de estatística descritiva, que visam “descrever e avaliar um certo grupo, sem tirar quaisquer conclusões ou inferências sobre um grupo maior” (PETERNELLI, 2015, p.13). Para tanto, a análise foi feita com o software Minitab Pro 16 e contou com o auxílio de um profissional com expertise na área estatística.

Os dados coletados a partir da entrevista, na segunda etapa, foram estudados sob a perspectiva da Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011), na modalidade de Análise Temática, que consiste em

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (p.48).

Para tanto, as entrevistas passaram pelo processo de transcrição integral e posteriormente pelas etapas de pré análise, exploração do material e tratamento dos resultados, onde foram realizadas a organização e leitura dos conteúdos, o levantamento e a classificação dos discursos segundo categorias temáticas, com vistas à identificação das práticas aplicadas pelos serviços de IP no estado de São Paulo.

5. RESULTADOS

A seguir são apresentados os resultados da pesquisa, os quais estão organizados em duas seções:

- 4.1 Caracterização dos serviços de Intervenção Precoce e
- 4.2 As Práticas de Intervenção Precoce no estado de São Paulo.

4.1 Caracterização dos serviços de Intervenção Precoce.

Nessa seção encontram-se descritos os resultados referentes à Primeira Etapa do estudo, os quais permitem a caracterização dos serviços pelas perspectivas organizacional, de composição profissional e de participação das famílias. Com a finalidade de assegurar o sigilo dos participantes, os nomes dos serviços foram substituídos pelos códigos S1 a S9.

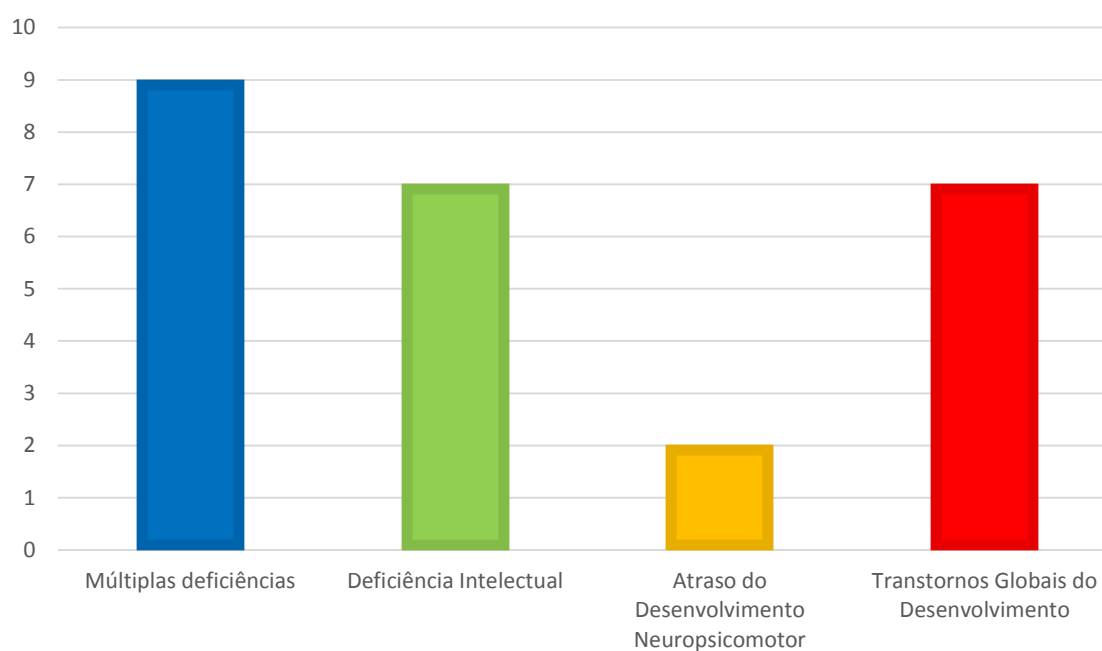
Os questionários foram respondidos pelos coordenadores/diretores dos serviços ou por profissionais que compõem a equipe de IP, sendo 5 coordenadores/diretores, 2 terapeutas ocupacionais, 1 fisioterapeuta e 1 assistente social.

Quadro 4 - Organização dos serviços segundo respondentes, categoria e vinculação ao SUS.

Serviço	Respondentes	Tipo de serviço	Vinculação ao SUS
S1	Coordenador	Público Municipal	Sim
S2	Fisioterapeuta	Público Municipal	Sim
S3	Diretor	Organização Não-Governamental	Sim
S4	Coordenador	Entidade da Sociedade Civil	Não
S5	Coordenador	Entidade da Sociedade Civil	Sim
S6	Coordenador	Organização Não-Governamental	Sim
S7	Assistente Social	Entidade da Sociedade Civil	Não
S8	Terapeuta Ocupacional	Entidade da Sociedade Civil	Sim
S9	Terapeuta Ocupacional	Público Municipal	Sim

Fonte: Autoria própria

Em relação à caracterização dos serviços, quatro foram identificados como Entidades da Sociedade Civil, três como Públicas Municipais e dois como Organizações Não-Governamentais. Não foram identificados serviços caracterizados como Público Estadual, Público Federal ou Vinculado à Universidade. Dentre os nove, sete serviços sinalizaram vinculação ao Sistema Único de Saúde (SUS) (Quadro 4).

Gráfico 1 - Detalhamento do público alvo dos serviços.

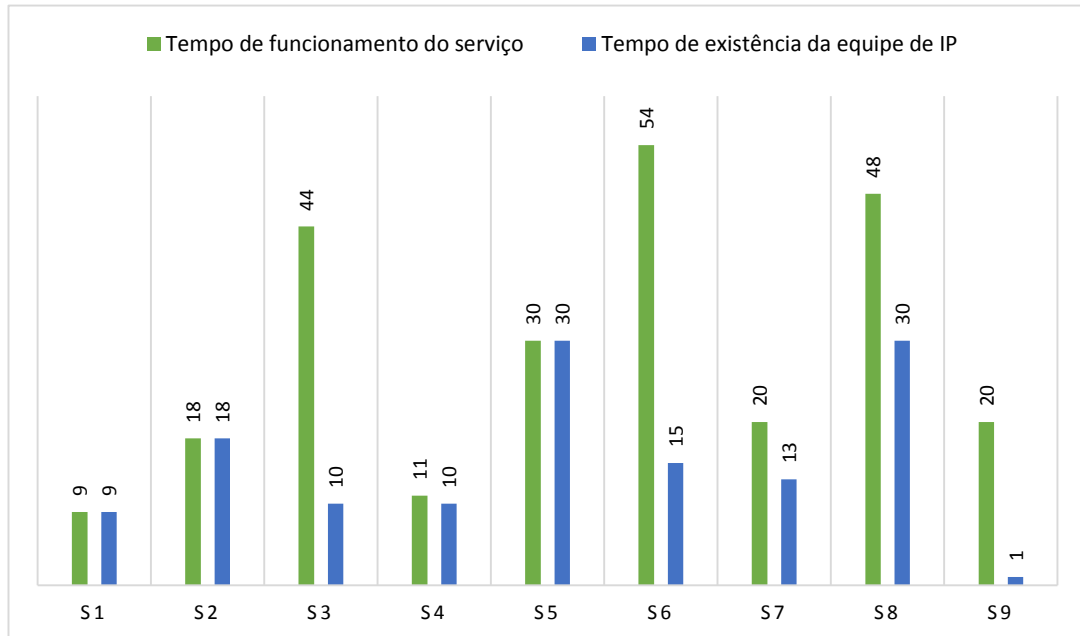
Fonte: Autoria Própria

Segundo referido pelos respondentes, o público alvo desses serviços constitui-se de pessoas com Múltiplas Deficiências, Deficiência Intelectual, Transtornos Globais do Desenvolvimento e Atrasos no Desenvolvimento Neuropsicomotor (Gráfico 1). Os nove serviços (100%) oferecem atendimento a pacientes de todas as faixas etárias.

O tempo de funcionamento dos serviços é, em média, de 28 anos e dois meses, com mínimo de 9 anos e máximo de 54 anos. Em relação ao tempo de existência das equipes de IP nos referidos serviços, observa-se que essas possuem, em média, 15 anos, variando entre 1 e 30 anos. Dessa forma, verifica-se uma variação média de 11 anos entre o tempo de funcionamento dos serviços e das equipes de IP.

No Gráfico 2, a seguir, são demonstrados os dados sobre o tempo de funcionamento dos serviços e da implementação das equipes de IP, o qual evidencia que apenas três serviços (S1, S2 e S5) desenvolvem ações de IP desde sua fundação. Em dois casos (S3 e S6) os serviços só passaram a contar com as equipes de IP após mais de 30 anos de sua fundação.

Gráfico 2 - Tempo de funcionamento do serviço e tempo de existência da equipe de IP, em anos.



Fonte: Autoria própria.

Quadro 5 - Classificação das equipes e abordagens empregadas.

Serviço	Possui equipe de atendimento para crianças de zero a cinco anos	Possui equipe denominada "Equipe de Intervenção Precoce"	Abordagem empregada pela equipe
S1	Sim	Não	Transdisciplinar
S2	Sim	Sim	Multidisciplinar
S3	Sim	Não	Multidisciplinar
S4	Sim	Não	Multidisciplinar
S5	Sim	Não	Multidisciplinar
S6	Sim	Sim	Transdisciplinar
S7	Sim	Sim	Multidisciplinar
S8	Sim	Sim	Multidisciplinar
S9	Sim	Não	Transdisciplinar

Fonte: Autoria própria.

Dentre os serviços respondentes, todos (100%) afirmaram possuir uma equipe que realiza o atendimento de crianças entre zero e cinco anos, porém apenas quatro (44,44 %) referiram possuir uma equipe nomeada como “Equipe de Intervenção Precoce”. Quanto à abordagem empregada por essas equipes, três referiram o emprego da abordagem Transdisciplinar e seis da abordagem Multidisciplinar. A abordagem Interdisciplinar não foi referida por nenhum serviço. Dentre as equipes denominadas de “Equipes de Intervenção Precoce”, três referiram o emprego da abordagem Multidisciplinar e 1 de abordagem Transdisciplinar (Quadro 5).

Quadro 6 - Distribuição dos profissionais de cada especialidade por serviço.

Especialidade/ Serviço	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9
Terapeuta Ocupacional	2	1	1	1	2	1	1	2	2
Fisioterapeuta	5	2	4	1	5	2	1	2	2
Fonoaudiólogo	5	3	1	1	2	2	1	2	1
Psicólogo	2	0	2	2	3	1	1	2	1
Pediatra	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Assistente Social	1	0	1	1	1	2	1	1	0
Pedagogo	0	0	0	0	1	1	1	0	0
Enfermeiro	1	0	1	0	1	1	0	0	0
Odontólogo	0	0	1	0	0	0	0	1	0
Otorrinolaringologista	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Psiquiatra	0	0	1	0	0	1	0	0	0
Psicopedagogo	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Musico terapeuta	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Nutricionista	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Neurologista	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Total por serviço	17	6	14	6	16	13	6	11	6

Fonte: Autoria própria.

As equipes que realizam atendimento às crianças entre zero e cinco anos nos serviços participantes dessa pesquisa são compostas, em média, por 11 profissionais de diferentes especialidades com, no mínimo, seis e, no máximo, 17 especialistas. Ao todo, foram identificados 95 profissionais, pertencentes a 15 diferentes especialidades profissionais, sendo eles: 24 Fisioterapeutas, 18 Fonoaudiólogos, 14 Psicólogos, 13 Terapeutas Ocupacionais, oito Assistentes Sociais, quatro Enfermeiros, três Pedagogos, dois Psicopedagogos, dois Odontólogos, dois Psiquiatras, um Pediatria, um Otorrinolaringologista, um Musico terapeuta,

um Nutricionista e um Neurologista. Cada equipe possui profissionais de uma mediana de sete dessas especialidades, variando entre três e nove especialidades (Quadro 6).

Quadro 7 - Total de profissionais identificados, mediana de distribuição nas equipes, mínimo e máximo de profissionais por equipe, segundo a especialidade.

Especialidade	Número Total de profissionais identificados	Mediana de profissionais por serviço	Número mínimo de profissionais por serviço	Número máximo de profissionais por serviço
Terapeuta Ocupacional	13	1	1	2
Fisioterapeuta	24	2	1	5
Fonoaudiólogo	18	2	1	5
Psicólogo	14	2	0	3
Pediatra	1	0	0	1
Assistente Social	8	1	0	2
Pedagogo	3	0	0	1
Enfermeiro	4	0	0	1
Odontólogo	2	0	0	1
Otorrinolaringologista	1	0	0	1
Psiquiatra	2	0	0	1
Psicopedagogo	2	0	0	2
Musico terapeuta	1	0	0	1
Nutricionista	1	0	0	1
Neurologista	1	0	0	1

Fonte: Autoria própria.

Os Terapeutas Ocupacionais, Fisioterapeutas e Fonoaudiólogos foram identificados em todas as nove equipes descritas, conforme o detalhamento:

- Terapeutas Ocupacionais: Foram identificados com mediana de um profissional por equipe, podendo variar até o máximo de dois;
- Fisioterapeutas: Foram identificados representando mediana de dois profissionais por equipe, variando entre um e cinco profissionais;

- Fonoaudiólogos: Foram identificados em mediana de dois profissionais por equipe, com variação de um a cinco profissionais.

Os Psicólogos foram identificados em oito das nove equipes, com mediana de dois profissionais, variando entre nenhum e três por equipe. Os Assistentes Sociais foram referidos por sete equipes com mediana de um profissional, variando de nenhum até o máximo de dois. Os enfermeiros foram identificados em quatro das nove equipes, com um profissional em cada equipe. Pedagogos foram identificados em três equipes, sendo referido um profissional por cada. Odontólogos e Psiquiatras foram identificados em duas equipes, sendo um profissional de cada especialidade. Pediatra, Psicopedagogos, Musico terapeuta, Nutricionista e Neurologista foram referidos em apenas uma equipe, sendo identificados dois profissionais Psicopedagogos e um profissional de cada uma das demais especialidades (Quadros 6 e 7).

Quadro 8 - Número de profissionais vinculados às equipes por especialidade em função do período de vinculação.

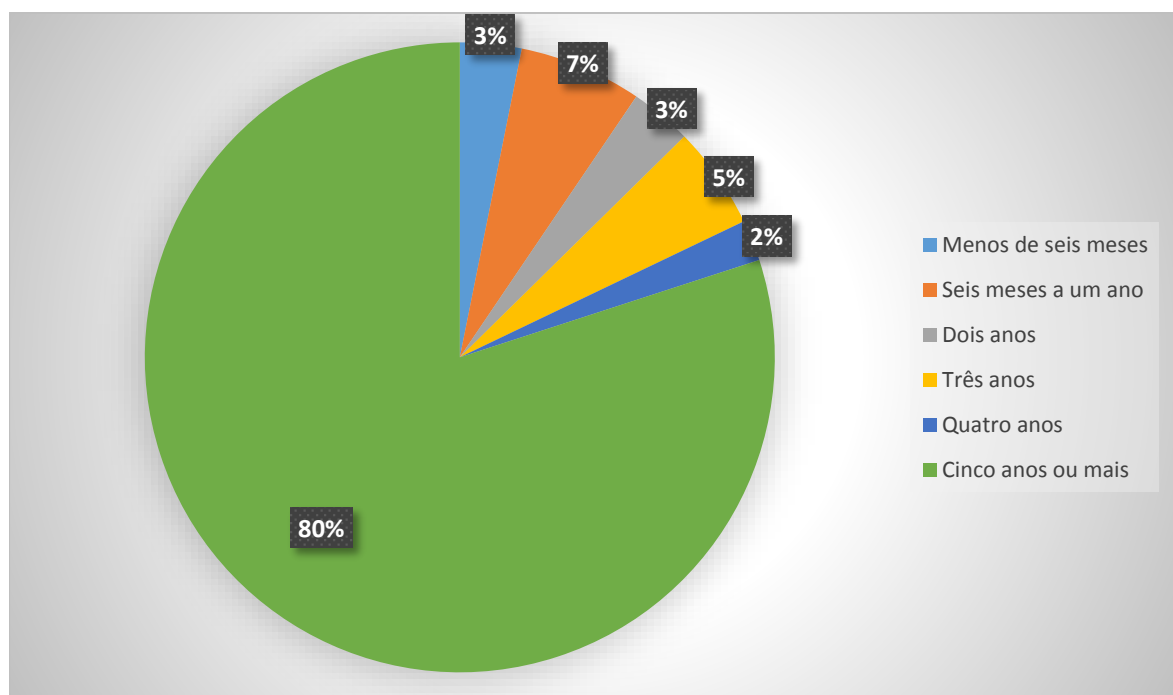
Especialidades/Tempo de vinculação às equipes	Menos de seis meses	Seis meses a um ano	Dois anos	Três anos	Quatro anos	Cinco anos ou mais
Terapeuta Ocupacional	1	4	0	3	0	5
Fisioterapeuta	0	0	0	1	0	23
Fonoaudiólogo	1	2	0	0	0	15
Psicólogo	1	0	2	0	0	11
Pediatra	0	0	0	0	0	1
Assistente Social	0	0	1	0	0	7
Pedagogo	0	0	0	0	0	3
Enfermeiro	0	0	0	1	0	3
Odontólogo	0	0	0	0	0	2
Otorrinolaringologista	0	0	0	0	1	0
Psiquiatra	0	0	0	0	0	2
Psicopedagogo	0	0	0	0	0	2
Musico terapeuta	0	0	0	0	1	0
Nutricionista	0	0	0	0	0	1
Neurologista	0	0	0	0	0	1

Fonte: Autoria própria.

Em relação ao tempo de vinculação dos profissionais à equipe, os Terapeuta Ocupacionais apresentaram mediana de três anos, variando entre menos de seis meses e cinco anos ou mais. Os Fisioterapeutas obtiveram mediana de vinculação à equipe de cinco anos ou mais, com variação entre três e cinco anos ou mais. Os Fonoaudiólogos e Psicólogos apresentaram mediana de cinco anos ou mais, variando entre menos de seis meses e cinco anos ou mais. O único Pediatra referido no estudo possui vinculação à equipe há cinco anos ou mais. Os Assistentes Sociais encontram-se vinculados às equipes com mediana de cinco anos ou mais, sendo o mínimo de dois e o máximo de cinco anos ou mais. Os três Pedagogos referidos encontram-se vinculados às suas equipes há cinco anos ou mais. Os Enfermeiros apresentaram mediana de cinco anos ou mais, com variação entre três e cinco anos ou mais. Em relação às demais categorias, Otorrinolaringologista e Músico terapeuta possuem vinculação de quatro anos e Odontólogos, Psiquiatras, Psicopedagogos, Nutricionista e Neurologista de cinco anos ou mais (Quadro 8).

Como detalhado no Quadro 8, dos 95 profissionais listados, três (3,15%) encontram-se vinculados às suas equipes há menos de seis meses, seis (6,31%) entre seis meses e um ano, três (3,15%) há dois anos, cinco (5,26%) há três anos, dois (2,10%) há quatro anos e 76 (80%) há cinco anos ou mais (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Porcentagem de profissionais segundo tempo de vinculação à equipe de IP.



Fonte: Autoria própria.

Relacionando-se o tempo médio de vinculação dos profissionais de cada especialidade às equipes (Quadro 9), observa-se que em apenas dois serviços a constituição da equipe, no que diz respeito aos profissionais, permaneceu a mesma nos últimos cinco anos (S2 e S7). Duas equipes mantêm sua configuração de profissionais há quatro anos (S1 e S5), uma há três anos (S8), uma há, aproximadamente, um ano (S6) e três há menos de seis meses (S3, S4 e S9).

Quadro 09 - Tempo médio de vinculação dos profissionais à cada equipe, segundo a especialidade.

Especialidade/ Serviço	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9
Terapeuta Ocupacional	5+	5+	3	0-6m	5+	1	5+	3	1
Fisioterapeuta	5+	5+	5+	3	5+	5+	5+	5+	1
Fonoaudiólogo	5+	5+	0-6m	1	5+	5+	5+	5+	1
Psicólogo	5+	NP	5+	2	5+	5+	5+	5+	0-6m
Pediatra	NP	NP	NP	NP	NP	5+	NP	NP	NP
Assistente Social	5+	NP	5+	2	5+	5+	5+	5+	NP
Pedagogo	NP	NP	NP	NP	5+	5+	5+	NP	NP
Enfermeiro	NP	NP	3	NP	5+	5+	NP	NP	NP
Odontólogo	NP	NP	5+	NP	NP	NP	NP	5+	NP
Otorrinolaringologista	4	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP
Psiquiatra	NP	NP	5+	NP	NP	5+	NP	NP	NP
Psicopedagogo	NP	NP	5+	NP	NP	NP	NP	NP	NP
Musico terapeuta	NP	NP	NP	NP	4	NP	NP	NP	NP
Nutricionista	NP	NP	NP	NP	NP	5+	NP	NP	NP
Neurologista	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	5+	NP

Legenda: NP – Não possui; 0-6m – de zero a seis meses; 1 – de seis meses a um ano; 2 – dois anos; 3- três anos; 4 – quatro anos; 5+ – cinco anos ou mais.

Fonte: Autoria própria.

Quadro 10 – Envolvimento das famílias nos cuidados em IP, segundo cada serviço.

Serviços	As famílias são envolvidas nos cuidados de IP?	A família, assim como a criança, é alvo da avaliação e intervenção?
S1	Sim	Sim
S2	Sim	Sim
S3	Sim	Sim
S4	Sim	Sim
S5	Sim	Sim
S6	Sim	Sim
S7	Sim	Sim
S8	Sim	Não
S9	Sim	Sim

Fonte: Autoria própria.

Todos os serviços integrantes dessa pesquisa afirmaram o envolvimento das famílias nos cuidados em IP, mesmo que em diferentes etapas do processo. Para oito dos nove serviços, as famílias, assim como a crianças, foram apontadas como alvo da avaliação e intervenção dos profissionais (Quadro 10).

Como solicitado no instrumento utilizado para coleta de dados, as possibilidades de participação das famílias foram listadas segundo cinco categorias para observação pelo respondente, sendo elas: Avaliação da criança, Planejamento das intervenções, Desenvolvimento das intervenções, Reavaliações e Planejamento da alta. Foram fornecidas ainda opções de ações mais específicas inseridas no âmbito das anteriormente listadas.

No Quadro 11, a seguir, observa-se que em relação às ações elencadas no questionário, que foram classificadas no eixo “Avaliação”, todos os serviços relataram o envolvimento das famílias, sendo que oito afirmaram que as famílias acompanham as crianças durante a avaliação e são informadas sobre os resultados. Em um dos serviços, a participação das famílias nas ações de avaliação está restrita a ser informada dos resultados. Nenhum serviço apontou a possibilidade de participação da família através da discussão e escolha, em conjunto com a equipe, dos melhores instrumentos para avaliação.

Quadro 11 - Participação das famílias nas ações do eixo “Avaliação”.

Serviços	As famílias acompanham as crianças durante a avaliação	As famílias são informadas dos resultados das avaliações	As famílias discutem e escolhem, junto com a equipe, os melhores instrumentos para avaliação
S1	Sim	Sim	Não
S2	Sim	Sim	Não
S3	Sim	Sim	Não
S4	Sim	Sim	Não
S5	Sim	Sim	Não
S6	Não	Sim	Não
S7	Sim	Sim	Não
S8	Sim	Sim	Não
S9	Sim	Sim	Não

Fonte: Autoria Própria.

Quadro 12 - Participação das famílias nas ações de “Planejamento” e “Desenvolvimento das intervenções”.

Serviço	Planejamento das intervenções		Desenvolvimento das intervenções	
	Auxiliam a equipe na elaboração do plano de intervenção	São informadas dos objetivos do plano de intervenção	Acompanham a criança durante a intervenção	Recebem orientações ou treinamentos
S1	Sim	Sim	Sim	Sim
S2	Não	Sim	Sim	Sim
S3	Não	Sim	Sim	Sim
S4	Não	Sim	Sim	Sim
S5	Não	Sim	Sim	Sim
S6	Não	Sim	Sim	Sim
S7	Não	Sim	Sim	Sim
S8	Sim	Sim	Sim	Sim
S9	Não	Sim	Sim	Sim

Fonte: Autoria própria.

Todos os serviços apontaram o envolvimento da família no quesito “Planejamento das intervenções”, sendo que em dois deles referiu-se que participam no auxílio à equipe para elaboração do plano de intervenção e são informadas sobre os objetivos do plano de intervenção. Em sete serviços as famílias são apenas informadas sobre os objetivos do plano de intervenção.

Em relação às ações de “Desenvolvimento das intervenções”, a participação das famílias, assim como nos casos anteriores, foi referida por todos os respondentes. Nessa categoria, todos os serviços referiram que as famílias acompanham as crianças durante as intervenções e recebem orientações/treinamentos sobre como estimular a criança em casa (Quadro 12).

Quadro 13 - Participação das famílias nas ações de “Reavaliação”

Ações/Serviços	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9
São informadas sobre a reavaliação e os resultados obtidos	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim
Decidem, junto com a equipe, o melhor momento para fazer a reavaliação	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não

Fonte: Autoria própria.

Sete serviços apontaram que as famílias são envolvidas nas ações de “Reavaliação” da criança, sendo que em todos os casos essa participação está restrita a serem informadas sobre a reavaliação e os resultados obtidos. Nenhum serviço referiu envolvimento das famílias na decisão sobre o melhor momento para fazer a reavaliação (Quadro 13).

Quadro 14 - Participação das famílias nas ações de “Planejamento da alta”.

Ações/Serviço	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9
São informadas sobre a alta	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Decidem, junto com a equipe, o momento da alta	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim
São orientadas sobre os serviços disponíveis para continuidade do cuidado	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

Fonte: Autoria própria.

Dentre as ações de “Planejamento da alta”, oito serviços indicaram que as famílias são informadas sobre a alta, três referiram que elas decidem, junto com a equipe, o momento da alta e todos afirmaram fornecer orientações os serviços disponíveis para a continuidade do cuidado (Quadro 14).

Diante do apresentado, observa-se que, em sete dos nove serviços, as famílias são envolvidas em ações desenvolvidas no âmbito das cinco categorias. Nos outros dois serviços elas participam de ações de quatro categorias.

Quadro 15 - Quantitativo da participação das famílias nas ações específicas de cada categoria em relação ao total de possibilidades, por serviço.

Categorias/Serviços	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9
Avaliação da criança	2/3	2/3	2/3	2/3	2/3	1/3	2/3	2/3	2/3
Planejamento das intervenções	2/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	2/2	1/2
Desenvolvimento das intervenções	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2
Reavaliação da criança	1/2	1/2	0/2	1/2	1/2	1/2	0/2	1/2	1/2
Planejamento da alta	3/3	2/3	2/3	2/3	2/3	3/3	2/3	2/3	2/3
Total de ações	10/12	8/12	7/12	8/12	8/12	8/12	7/12	9/12	8/12

Fonte: Autoria própria.

No quadro 15 são especificados os números totais de ações nas quais as famílias são envolvidas em cada serviço, bem como a quantidade de ações específicas em relação ao total de possibilidades de cada categoria no instrumento.

4.2 As Práticas de Intervenção Precoce no estado de São Paulo.

Nessa seção são apresentados os dados referentes à Segunda Etapa da pesquisa, que consiste em um estudo exploratório com os profissionais que compõem equipes de Intervenção Precoce pertencentes aos serviços das quatro Regionais participantes da Primeira Etapa.

Para tanto, assim como detalhado na descrição metodológica do estudo, foi selecionado um serviço pertencente à cada uma das regiões, com base nos critérios:

- A família, assim como a criança, ser alvo da avaliação e intervenção dos profissionais;
- Participação da família nas ações de Intervenção Precoce;
- Tempo de existência da equipe de Intervenção Precoce.

A seguir, expõe-se inicialmente uma breve caracterização das equipes e participantes selecionados, sucedida pela apresentação dos resultados obtidos a partir dos conteúdos das entrevistas, os quais estão organizados segundo as categorias temáticas:

- Práticas em Intervenção Precoce: para quem e como?;
- O papel da família e da equipe na implementação das práticas;
- As redes de atenção à criança na estruturação das práticas de Intervenção Precoce;
- Inserção das práticas em contextos naturais;
- Formação profissional e os desafios para a implementação de práticas baseadas em evidência.

4.2.1 Caracterização dos serviços e participantes.

A partir dos dados da Primeira Etapa do estudo, foram selecionadas quatro equipes de profissionais, sendo um representante de cada uma das Regionais que compõem a amostra. Assim como na etapa anterior, os nomes dos serviços serão substituídos pelos códigos E1, E2, E3 e E4 para resguardo do sigilo dos participantes.

Esses serviços encontram-se localizados em municípios do interior e litoral do estado de São Paulo, com populações totais estimadas de 47.210 à 243.765 habitantes (IBGE, 2016), sendo que, desses, de 4.092 à 16.491 encontram-se na faixa etária entre zero a seis anos (IPPI, 2014) (Quadro 16).

Quadro 16 - População total e entre zero e seis anos nos municípios onde se localizam os serviços selecionados para a Segunda etapa.

Serviço	População municipal estimada (Total)	População municipal entre 0 e 6 anos
E1	47.210	4.092
E2	243.765	16.491
E3	34.294	7.385
E4	92.032	5.771

Fonte: Autoria Própria.

Segundo a categorização realizada na primeira etapa, tratam-se de dois serviços Públicos Municipais, uma Entidade da Sociedade Civil e uma Organização Não Governamental. Três desses serviços encontram-se vinculados ao SUS.

Participaram dessa etapa do estudo, ao todo, 23 profissionais, sendo 6 vinculados ao serviço E1, 4 ao serviço E2, 7 ao E3 e 6 ao E4. Em apenas um dos serviços foi possível a realização da entrevista com todos os profissionais, uma vez que, nos demais, as datas e horários agendados coincidiam com horários de atendimentos e períodos de férias. Não houve recusa de participação entre os profissionais que se encontravam disponíveis.

Desta forma, a amostra de participantes foi composta por 7 fisioterapeutas, 5 fonoaudiólogos, 4 terapeutas ocupacionais, 3 psicólogos, 1 enfermeiro, 1 assistente social, 1 pedagogo e 1 nutricionista. Os participantes serão identificados pelos códigos P1, P2, P3, e assim sucessivamente até o P23.

No Quadro 17 é apresentada a caracterização dos participantes segundo sexo, profissão e tempo de vinculação ao serviço.

Quadro 17 - Caracterização dos participantes segundo sexo, profissão e tempo de vinculação ao serviço.

Participante	Serviço	Sexo	Profissão	Tempo de vinculação
P1	E3	Feminino	Fonoaudióloga	Dois anos
P2	E3	Masculino	Terapeuta Ocupacional	Nove anos
P3	E3	Feminino	Fisioterapeuta	Um ano e seis meses
P4	E3	Feminino	Psicóloga	Quatro anos
P5	E3	Feminino	Enfermeira	Três anos
P6	E3	Feminino	Fisioterapeuta	Um ano e seis meses
P7	E1	Feminino	Fisioterapeuta	Dez anos
P8	E1	Feminino	Fonoaudióloga	Nove anos
P9	E1	Feminino	Fisioterapeuta	Cinco anos
P10	E1	Feminino	Terapeuta Ocupacional	Oito anos
P11	E2	Feminino	Nutricionista	Seis anos
P12	E2	Feminino	Fisioterapeuta	Dez anos
P13	E2	Feminino	Fonoaudióloga	Doze anos
P14	E2	Feminino	Psicóloga	Um ano
P15	E2	Feminino	Terapeuta Ocupacional	Dois anos
P16	E2	Feminino	Fonoaudióloga	Um ano
P17	E2	Feminino	Fisioterapeuta	Dezesseis anos
P18	E4	Feminino	Assistente Social	Dois anos e seis meses
P19	E4	Feminino	Psicóloga	Quatro anos
P20	E4	Feminino	Fisioterapeuta	Oito anos
P21	E4	Feminino	Pedagoga	Um ano e quatro meses
P22	E4	Feminino	Fonoaudióloga	Cinco anos
P23	E4	Feminino	Terapeuta Ocupacional	Cinco meses

Fonte: Autoria Própria

4.2.2 Práticas em Intervenção Precoce: para quem e como?

A partir da análise das entrevistas conduzidas nesse estudo, foi identificada a categoria temática “Práticas de Intervenção Precoce: para quem e como?”, a qual é composta por relatos que fazem referência ao processo de entrada no serviço, englobando os primeiros contatos estabelecidos entre as famílias e as equipes e a avaliação das crianças.

Como demonstrado pelos excertos abaixo, evidenciou-se que, assim como descrito nos resultados da primeira etapa, os serviços participantes destinam seu atendimento às crianças que apresentem uma patologia ou atraso já instalados, sendo essa característica o critério de elegibilidade para a seleção daquelas que receberão ou não os cuidados.

“[...] são os sindrômicos, as lesões neurológicas, os atrasos de desenvolvimento e os distúrbios de aprendizagem que não... das crianças que tem um comprometimento ... comprometimento cognitivo mais grave, né? Então, em geral, são esses os casos que vêm pra gente.” (P2)

“Ah, quando tem algum histórico de... atraso motor ou já alguma deficiência comprovada, né? No caso de paralisia... cerebral, mielomeningocele, de... alguma patologia... já identificada.” (P9)

“A gente ... como a nossa estimulação, ela tem uma característica de receber já, ah... na grande maioria dos casos, é.. crianças já com lesão, já com atraso, né? Então... a gente procura deixar... esse serviço realmente pra crianças que tem mais de uma área em defasagem.” (P12)

“Se ela não tem a deficiência ela não fica aqui. [...]Então se ele não... se ele não der essa deficiência nos testes, a gente encaminha pra outros atendimentos.” (P13)

“Então, aqui só vêm crianças com alguma deficiência múltipla, né? Ou autismo, paralisia cerebral ou deficiência intelectual. Então, tem que estar enquadrado nesse sistema, porque a gente não atende “criança padrão”, né? Digamos assim.” (P23)

Através dos relatos aludidos posteriormente observa-se que os resultados das avaliações constituem uma ferramenta crucial para a tomada de decisão da equipe em relação aos casos elegíveis para tratamento porque, muitas vezes, é através deles que os profissionais identificam os atrasos de desenvolvimento e desenvolvem os planos de intervenção.

“[...] cada área que precisa identificar, né? Então na alimentação, linguagem, audição, motricidade oro facial, enfim.” (P1)

“Bom, no geral, quando é muito bebezinho, a gente vai avaliar ali a presença ou ausência de reflexos, né? Daqueles comuns para aquela idade, presença ou ausência de... daqueles critérios que a gente considera, né? Sorriso social, tem? Se já é um pouco maiorzinho, já tem uns três meses, né? É... criança faz algum movimento, a gente nota que um lado está mais paradinho que o outro.” (P6)

“[...] realmente é a fase do desenvolvimento, né? Se está compatível ou não dentro do... de alguns protocolos, né? [...] E das aquisições. É... sempre mostra-se os inventários, o que a criança já faz, o que ela poderia estar fazendo, o que vale a pena ser estimulado, tá?” (P12)

“[...]Pra mim saber o que ela sabe fazer ou não, e depois um outro tipo de avaliação, que seria pra gente saber o que que a criança consegue realizar ou não durante o período em que ela está aqui. [...] Então, por exemplo, se ela anda, se ela consegue abaixar, se ela corre, se ela salta, então aqui nós temos o perceptivo cognitivo que, por exemplo, se ela consegue empilhar objetos, se ela guarda, se ela rabisca linhas contínuas, se ela mostra interesse em algumas áreas, a parte recreativa, ah... na compreensão, na linguagem, tudo isso é avaliado aqui.

Socialização, que é muito interessante porque, às vezes, nós temos mais crianças, né? Por exemplo, nós temos, às vezes, três, quatro crianças num período só. Então a gente precisa saber se ela consegue se socializar com outras crianças ou não. Quando ela está sozinha, então nós vamos trabalhar com essas crianças pra que elas se socializem também lá fora, né? Ou no lugar onde ela vive. E aí a parte do diagnóstico pedagógico e as atividades diárias, né? Por exemplo, se ela toma banho, se ela consegue tirar a roupa [...]” (P21)

“Como é que está a perna, como é que está braço, caminha, não caminha, como é que está esse caminhar, como é que está a coordenação motora fina, né? Eu faço uma avaliação completa... do paciente, pra ver depois onde que eu vou ter que trabalhar, né?” (P23)

Através desses relatos, observa-se que os componentes da avaliação ainda incidem sobre o desenvolvimento de forma fragmentada e que privilegiam resultados que subsidiam práticas desenvolvidas em um modelo reabilitativo, enfatizando aspectos que potencializam intervenções voltadas ao ganho ou recuperação de habilidades específicas, as quais, em geral, são comparadas àquelas esperadas dentro de um quadro de desenvolvimento típico para a idade.

Contudo, apesar da prevalência de ações inseridas no âmbito do modelo reabilitativo e centrado nos déficits, algumas falas demonstraram um avanço no sentido da inclusão de práticas que também valorizem as potencialidades das crianças atendidas e respondam às necessidades que vão além da aquisição de habilidades.

“Eu falo por mim. A gente vai observado as forças e as fraquezas da criança, tá? Eu acho que eu divido dessa maneira: O que ela consegue e o que ela não consegue, tá? A partir daí, então eu vou utilizando atividades que vão reforçar aquilo que ela consegue, o que é força dela, né? Não vou ficar trabalhando só com o que ela não consegue, tá? Eu vou... porque eu acho que eu estou trabalhando a auto estima dela também, entendeu? Eu estou fazendo.. empoderando essa criança, na verdade, tá? E, paralelamente, aquilo que ... treinando aquilo que ela não faz [...]” (P4)

“Porque a nossa característica ficou uma estimulação um pouco mais em cima do que já é patológico, né? Até... bebês. Já chegam os bebês que já tem comprovado lesão, já chega de sonda, às vezes com dois meses, né? São bebês bem convulsivos. Então a gente fica muito no.. já buscando caminhos para trabalhar o patológico. E a estimulação, a gente não pode esquecer esse pilar dela, né? Prevenção.” (P12)

“A gente atende de acordo com a dificuldade, com a demanda que os pais trazem, que a escola traz [...]” (P19)

4.2.3 Os papéis da família e da equipe na implementação das práticas.

Ao longo da entrevista foram realizadas diversas questões acerca da participação dos profissionais e da família nas práticas inseridas em diferentes etapas da intervenção, as quais

permitiram identificar os papéis desempenhados por eles na implementação dessas práticas. Tais papéis serão apresentados nessa categoria temática.

Através do conteúdo das entrevistas, é possível constatar que os profissionais reconhecem a importância da participação das famílias na implementação das práticas de IP.

“Porque ela (família) é o agente de transformação em casa, né? Agente de transformação, mesmo.” (P10)

“Importantíssimo, né?” (P13)

“Eu acho que a família, a gente tem que estar... a gente sempre fala, né? Que a gente não consegue trabalhar sem a ajuda da família.” (P14)

“A família é importantíssima [...]” (P19)

“É ... importantíssimo. Primeiro porque, eu penso assim, se eles estão vendo a evolução, eles também têm a noção de ver o quanto a criança está melhorando, o quanto está sendo importante tal reabilitação, né? É uma motivação também. [...] então eu... eu tenho que, quando a família participa nas intervenções aqui ou em casa, o respaldo é bem melhor e a evolução também” (P20)

No entanto, apesar desse reconhecimento, observa-se a existência de uma relação hierárquica entre os papéis desempenhados pelas família e pela equipe durante a implementação dessas práticas. Nesse sentido, os excertos abaixo mostram que a participação da família encontra-se atrelada ao direcionamento da equipe, o que atribui aos profissionais o controle sobre as decisões relativas à intervenção.

“A maioria das vezes eles são expectadores da... do processo. São raras as mães que se envolvem, os pais menos ainda, [...] Então, alguns tem vó, é cuidado pela prima, pela parente, fica o dia inteiro na creche, enfim, é bem limitante. A maioria das vezes eles são expectadores.” (P1)

“[...]Ah, ela entra junto, fica observando, às vezes se a gente, né? Tem alguma dúvida, a gente faz alguma pergunta. Nesse Programa Portage a gente, às vezes, tem o questionário da família referente a alguns pontos, né? Normalmente é assim.” (P7)

“Mas é sempre no término da avaliação, aí eu dou o retorno, junto com as orientações: o que que pode, o que que não pode estar fazendo.” (P8)

“[...] nessa triagem a gente já conversa com quem vier, normalmente é a mãe, né? É... já conversa, já explica mais ou menos como que é atendimento aqui [...] quantas vezes vem, né?” (P9)

“A família não participa ativamente, ela participa no inventário tem... um pedaço pra família. [...] Ela participa também como um investigado num dado momento do inventário PEDI.” (P12)

“[...] e a família apenas auxilia naquilo que o professor pede, só isso.” (P21)

A partir desses relatos, verifica-se que, em grande parte das vezes, a participação da família fica restrita ao fornecimento de informações pontuais sobre o histórico de saúde da criança, à observação dos atendimentos ou ao recebimento de orientações.

Outras falas evidenciam ainda que essa participação está relacionada ao aprendizado de técnicas de estimulação para reprodução no contexto domiciliar, sendo atribuída à família um papel equivalente ao de um co-terapeuta.

“Então, a questão da orientação, né? Da estimulação em casa, né? Que é muito importante, que a gente sempre frisa isso. Que aqui a gente tem pouco tempo, são muitos pacientes, né? E que em casa é o primordial, né? Então... é... além dessa questão, orientação, é... acho que é mais isso. A questão de início, geralmente, é mais essa questão mesmo de orientar a mãe, né? Como proceder com alguns exercícios, a gente ensina os exercícios, né? De como estar estimulando essa criança em casa.” (P3)

“Sim, porque, na verdade, como fica pouco tempo com a gente, não adianta a gente fazer e em casa a mãe voltar tudo. Porque aí realmente a gente não vai ter, né? Um bom resultado. Então a mãe tem sempre que fazer em casa e tem sempre que estar ciente, né?” (P11)

“Nós temos famílias que entram, aprendem a fazer, aprendem alguma manobra, as estimulações, pra executar isso em casa. Eles, eles participam.” (P13)

“No.. na saída eu dou uma devolutiva pra mãe “- Ó.. foi feito isso, eu fiz isso e tal. Trabalhe em casa”. Eu peço pra elas ajudarem em casa também, né? Porque rende muito mais, né? Tem mais tempo em casa. Então a mãe trabalha em casa, na outra semana ela volta, explica “- Ó.. fiz isso. Ó.. ele não quis isso. A criança não quis fazer” e tal. Então aí nós fazemos aqui, reforçamos aqui.” (P15)

“Mas aí, no final de cada sessão, eu explico, eu chamo a mãe, e tento explicar o que eu fiz e.. e passo as orientações pra mãe fazer em casa. [...] Ou então alguns outros... que mais que a mãe pode me ajudar também? É... na parte de ... é... na alimentação. Às vezes eu pego alimentação também. Então, tenta alimentar, ver se ela... explico como que faz. [...] Então eu explico pra ela como que ela deve atuar.” (P16)

“Chama a mãe, “- Mãe, oh, eu orientei. Você fez? Você está fazendo?” (P19)

“[...] Inclusive, não só a avaliação, depois a gente está sempre conversando com as mães, dando orientações, inclusive dando orientações de como que ela pode ajudar em casa, de como que ela pode lidar com a criança, tá? Às vezes tem exercícios mais simples que os pais conseguem fazer, então a gente também mostra. Tem algum momento em que a gente pode até chamar os pais, se a mãe estiver junto, pra mostrar “isso aqui você pode fazer em casa”, né? Pra estimular também. Porque a gente, eu sempre falo isso pros pais. A gente trabalha aqui, mas eles tem que fazer um complemento em casa, né? Senão fica muito pouco.” (P23)

Nesse contexto, a percepção dos profissionais acerca das capacidades que os familiares possuem de contribuir para o desenvolvimento da criança também parece influenciar

diretamente sobre a receptividade à sugestões e disponibilidade em aceitar contribuições da família para o plano de intervenção. Em alguns casos, observa-se que a percepção das capacidades encontra-se diretamente relacionada à características culturais e ao nível sócio econômico das famílias atendidas.

“[...] porque a gente tem muita dificuldade na adesão da família. Eles são pouco participativos, desde o básico. Desde a maternagem, mesmo, até procedimentos, até atividades de desenvolvimento [...]” (P1)

“Às vezes a situação econômica é difícil, cultural e não entende o que a gente explica, acha... negligencia... acha que não precisa [...]” (P5)

“Olha, eu não sei se as famílias, se a maioria das famílias aqui teriam condições de ajudar a planejar. É porque, assim, é tão difícil quando têm os pais, assim, que eles são tão resistentes, que assim, os pais, que acabam tendo um poder aquisitivo maior, eles têm a questão da negação, né? De não gostar de... de ver o filho aqui, né? A gente tem uma família que não queria que o filho fosse no passeio “como que meu filho vai no passeio de pessoa deficiente?” Então eu... eu acho que isso não tem sido considerado” (P5)

“É difícil os pais pedirem alguma coisa, até porque, assim, é como eu falei, o nível socioeconômico dos pais que vêm aqui é um nível bastante baixo, assim, né? São pessoas com uma escolaridade baixa, são pessoas que não têm [...]” (P6)

“É.. eu percebo que aqui pelo nível cultural. [...] É uma população bem pobre, bem... sabe? Geralmente a mãe tem muitos filhos, e aí acho que pelo público que a gente atende aqui é complicado.” (P7)

“A família, ela.. ela tem esse papel primeiro de responsabilidade, né? De se responsabilizar também pela estimulação, tá? A gente procura fazer ela entender que ela é o ator principal da estimulação. O certo, quando dá certo, quando a gente fica feliz, é quando a mãe entende que ela veio aqui para aprender, as manobras, as estimulações, o tratar, o... e ela reproduz em casa. Esse é o ponto principal, tá. Aí é uma família que se responsabiliza, é uma família que não falta, é uma família que cria condições, pensa nas atividades, e assim vai. Existem famílias com mais facilidade, famílias com mais dificuldades”. (P12)

“Pras famílias é... tem famílias que são muito colaborativas, né? Que realmente vão em busca e realmente se interessam na melhora do filho, mas a gente também tem família que “- Ah, já está fazendo aqui, então...tá bom”. Se limitam à um único atendimento, né? E... e aí fica bem restrito.” (P20)

“Agora se a ... mas, assim, não são todas as famílias que aderem às orientações, que são participativas, tá? Talvez eu estou falando aqui, às vezes você está imaginando “Nossa, o negócio vai bonitinho, vai redondo”. Não vai, tá? Tem muitas famílias também que deixa a desejar, né? Que não vêm quando nós convocamos, né? Não vem quando nós marcamos as orientações, o que que a gente tem que melhorar, ou até mesmo orientações que nós fazemos pra .. pra reforçar, né?” (P22)

A partir dos fragmentos das falas supracitados, identifica-se ainda que as famílias consideradas participativas são apenas aquelas que seguem as orientações e reproduzem as

intervenções ensinadas, havendo pouca credibilidade em relação à capacidade e aos potenciais que a família possui por conhecer a sua criança. Nesse sentido, observa-se a ausência de espaços para o protagonismo familiar.

Outra característica relatada pelos participantes que parece influenciar as possibilidades de participação da família, em especial nos momentos de estimulação, diz respeito à particularidades das crianças. Alguns profissionais permitem que as famílias acompanhem a criança durante os atendimentos, no entanto, características como a idade ou o comportamento da criança na presença do familiar podem ser impeditivos a essa participação.

“Mas as crianças até três anos, em geral, entram junto. Se a criança tiver uma lesão neurológica ela entra sempre. É, o que diferencia é quando entra mais a questão... do aprendizado específico de uma habilidade, tal, que aí o comportamento, às vezes, a presença da família atrapalha um pouco no comportamento. Mas em geral a família entra sempre e, dependendo, entra todo atendimento” (P2)

“Geralmente as crianças pequenas, os pais entram comigo em todos os atendimentos. Porque a partir do momento em que eu começo a trabalhar com a criança eu já vou orientando “- Olha, isso aqui a gente está fazendo desse jeito. Como que é em casa? Dá pra fazer isso? Não dá?”. Então a família participa ali. A partir do momento em que a criança já está maiorzinha, a família fica. Não participa do atendimento em si, mas assim, uns cinco minutinhos, dez minutinhos eu peço pra entrar e aí eu passo tudo o que é pra ser realizado em casa.” (P3)

“Não. Não temos esse critério deles estarem junto. [...]Eu acho que tem uma interferência ali que eu acho que nem sempre é legal. Tem um lado que é bom, mas eu acho que dá uma interferência no vínculo.” (P4)

“Quase sempre criança pequena a gente entra junto com a mãe. Às vezes, assim, quando a criança já se adaptou com o terapeuta a gente deixa a mãe lá fora, mas nas primeiras sessões geralmente a mãe entra junto” (P7)

“Quando, às vezes, alguns casos criança de quatro, de cinco anos, crianças com condutas atípicas, crianças já com diagnóstico de autismo, criança com ... que, às vezes não se consegue o mínimo de atenção para as atividades e elas experimentam fazer sem a família, aí isso é feito. A gente pede: “- Mamãe, sai um pouquinho, vai esperar na sala de espera”, “- Vai lá esperar um pouquinho e depois volta”, tá? Isso quando a criança necessita dessa separação. Às vezes uma criança que já é mais velha, e mama no peito e o vínculo está obstruindo qualquer possibilidade de estimulação porque tem um choro e, né? Então, assim, é feito às vezes uma intervenção no sentido de poder introduzir a estimulação, tá? Mas a regra é: a mãe entra. A regra da mãe sair é só quando a gente pede pra sair.” (P12)

“Se a criança deu muito trabalho, aí depois, no finalzinho a mãe entra, a gente conversa, coloco a dificuldade, mas a gente evita deixar a mãe no atendimento. É só se precisar, só se a criança chorar muito, senão, não.” (P15)

“Quando a família, a mãe entra na primeira sessão, ela pode entrar, porque às vezes a criança está chorando, às vezes não quer entrar. Então a mãe entra um pouquinho e fica.. converso,

faço a anamnese e tal, a criança fica lá brincando e tal, já conhece o ambiente. Aí a mãe, na segunda sessão, a mãe, que às vezes quer entrar, a criança chora que não, então vamos deixar a criança entrar. A criança vai então chora, chora um pouquinho e tal, mas vai se adaptando, né?” (P16)

Diante desse cenário, cabe pontuar que o posicionamento das equipes em relação à participação das famílias parece refletir um problema de âmbito maior, pois é possível notar através de seus relatos que eles reconhecem a importância dessa participação e desejam que ela aconteça, assim como são capazes de identificar necessidades que as famílias possuem em relação ao cuidado das crianças, no entanto não conseguem transpor o modelo de atendimento de forma a permitir o empoderamento das famílias em relação ao cuidado.

“A gente troca informação, né? É... tenta entender como é que está acontecendo um casa, né? Não é que exclui, né? A gente tem essa conversa, tem esse olhar, entendeu? Mas não de uma forma estruturada “-Olha, vem aqui então que a gente vai planejar a atividade, o que que você sugere, tal”, isso não.” (P4)

“Ela pode. Mas a gente não tem esses casos é... da mãe opinar, porque o que ela acha que é melhor, ou não, é bem raro. Ela.. elas dão a opinião delas no momento em que a gente vai falar assim “-Olha, ele já está pronto pra se alimentar por boca. Vamos tirar essa sonda?”. Aí eles ficam é... bem ansiosos, nesse momento. Eles falam “-Ah, mas será que eu vou conseguir?”, “Será que ele vai dar conta de ser nutrido sem a sonda?”, né? Mas aí a gente vai conversando, vai orientando, não é de um dia para o outro. Quando ela estiver pronta aí eu pego e faço junto com ela, no momento ali com ela.” (P8)

“Ela é... convidada a também participar, então se eu estou trabalhando prono “-Olha, eu quero que deixe ele de barriga pra baixo, mas não é pra largar lá chorando, vamos brincar”, né? Então isso sim, né? Mas o que é pra ser feito com a criança, né?” (P9)

“Então, toda vez eu vou plantando uma sementinha nesse pai, nessa mãe, nesse sentido. Ir mostrando pra eles a importância que eles têm em intervir com o filho, né? Em ler pra eles, brincar com eles, de brincar no dia a dia, “-Oh, olha, vamos ler o nome dessa rua, filho?”. No cotidiano.” (P10)

“Mas o que eu percebo que acontece: tá lá fazendo uma atividade, aí a família fala “- Ah, ela faz isso assim”. Aí a pedagoga adapta a atividade, às vezes. Sim, escuta o que a mãe está falando, “- Ah, ele prefere assim, assim”, “- Ah, eu faria assim”. É... esse ... essa característica, ela está mais informal do que sentar com a família e realmente planejar uma coisa. Por a família talvez participar todos os dias.” (P12)

4.2.4 As redes de atenção à criança na estruturação das práticas de Intervenção Precoce

A presente categoria temática emergiu das respostas dos participantes à questões sobre as etapas de Referência, de Implementação e Monitoramento da intervenção e de Transição, nas quais foi possível identificar algumas práticas desenvolvidas com a participação de diferentes serviços e setores.

Os excertos abaixo evidenciam que, quando existe a articulação entre esses serviços, essa se limita ao encaminhamento das crianças do nível da Atenção Básica para os serviços especializados, onde, de fato, se desenvolvem as ações denominadas de Intervenção Precoce.

“Ou ela é encaminhada pelo PSF e... faz uma referência pra nós aqui, ou então, na maternidade. Como eu faço o teste da orelhinha lá, então algumas coisas que já são identificadas a gente acaba já passando a criança pra cá e vai acompanhando. Então, dependendo da situação, a gente já acaba até recebendo antes do PSF.” (P1)

“Essa criança, em geral, ela é encaminhada através do.. do PSF, Programa Saúde da Família ou Estratégia de Saúde da Família, eu não lembro correto o nome. Mas é mais ou menos isso. Antigamente eles vinham direto da escola. Aí depois a gente achou melhor adequar esse fluxo vindo pelo.. pelo médico do.. do PSF.” (P2)

“Então, é... vem encaminhada, normalmente, do PSF, né? Agora a gente organizou um pouco melhor isso, porque vinha direto de escola, tava meio... assim, tumultuado esse encaminhamento, então a gente organizou esse fluxo pra que entre pela pediatria do PSF, né? ou então pelo neurologista aqui da unidade. São os dois .. as duas formas deles chegarem até nós.” (P4)

“Normalmente, através assim da... pediatra, né? Da pediatra, mas às vezes, tem casos que a gente.. a criança vem tratar outro problema e a gente acaba detectando, né? A gente tem essa dificuldade que o pediatra, às vezes, “come bola”. Mas quando vem, vem muito tardiamente também” (P7)

“Geralmente os encaminhamentos vêm através do... pediatra” (P10)

“[...] às vezes por .. direto por profissionais, médicos, né?” (P16)

Tais informações demonstram que não há uma organização em relação a quem pode encaminhar e que a articulação entre os serviços está atrelada muito mais ao interesse dos coordenadores em organizar a entrada para o serviço do que ao cumprimento das diretrizes estabelecidas no âmbito da RAS. Observa-se ainda que, em alguns casos, a criança chega diretamente ao atendimento especializado, não havendo a articulação com serviços a nível de Atenção Básica.

Outra característica descrita pelos participantes de um dos serviços refere-se ao atendimento de condições de saúde que poderiam ser encaminhadas em outros níveis da rede. Nesse sentido, os profissionais apontam dificuldades na gestão do público alvo do serviços, o que implica em uma sobrecarga de trabalho.

“E aqui a gente faz até primário. A gente faz atenção primária aqui, porque muitas vezes o PSF acaba (relutância) dependendo do PSF a gente tem muito suporte, tem PSF que a gente não consegue nem falar com a enfermagem. Então, às vezes, a gente faz atenção primária, secundária, terciária. Não existe diagnóstico aqui, então tem um monte de criança sem diagnóstico, adulto sem diagnóstico. Então, é.. fazer tudo ao mesmo tempo, fortalece, né? O conhecimento, capacita, tem muita coisa boa. Mas também tem tudo de ruim, porque a gente fica muito limitado, muito limitado”. (P1)

“Porque a gente é.. a característica do serviço é o atendimento [...] da criança com problema neurológico, e entra também os distúrbios de aprendizagem da criança, o atraso no desenvolvimento, as questões escolares, a questão da inclusão e tudo. Então a gente precisou fazer um fluxo pra ser mais objetivo, porque tem coisas que vão pra atenção básica também, né? Que, às vezes, encaminha pra gente, chega lá e vem pra gente.” (P2)

“É... eu e a outra psicóloga, hoje, o que a gente gostaria é que os psicólogos do... do PSF, da UBS pudessem, na verdade né? da UBS... pudessem fazer já o acompanhamento primeiro, entendeu? E a gente tem essa dificuldade aqui, infelizmente. Acabam vindo e a gente tem que fazer tudo, né? Então separar o joio do trigo, perceber se é nosso ou se não é, e então infelizmente isso não acontece.[...] É...as questões emocionais, porque de repente é uma questão dessa que pode ser tratada na UBS, não precisa chegar no nível da especialidade, né? Mas é difícil, tá? Então é... às vezes é até um desabafo da gente aqui, né?” (P4)

“[...] e aí eu preciso...eu sei que essa criança precisa ser monitorada pelo PSF, mas ela não está sendo” (P5)

A articulação entre os serviços também foi apontada no momento da alta, em geral quando a criança atingiu a idade limite do atendimento e precisa da continuidade dos atendimentos. Segundo os relatos, esse momento de transição evidencia uma falha no sistema, uma vez que, em muitos casos, não existe outra opção de serviço no município, fazendo com que a família precise buscar por atendimentos em outros locais, o que pode representar uma barreira a essa continuidade.

“Algumas crianças conseguem ter acompanhamento mais espaçado em ambientes como um Lucy Montoro, um Dorina, né? Alguma instituição muito especializada, alguma coisa que a gente consegue [...] A gente acaba fazendo um negócio dessa, mas é muito difícil, muito difícil. Porque aí tem uma super selecionada, né? Então tem que ser uma coisa assim que resolveu tudo, está super redondo, ele vai lá, faz uma nova observação, está tudo bem, vamos continuar assim. Mas eles têm tantos problemas acessórios que a gente não consegue deixar nada redondo pra que consiga chegar nesse lugar. Fora a distância, né? A dificuldade de acesso. Então a gente não tem pra onde mandar essas pessoas. Acaba, acaba, simples assim.” (P1)

“Quando acontece de uma criança ter alta, comigo já aconteceu umas duas vezes, o profissional me procurou “- Olha, eu vou dar alta pra.. pra criança”. Isso foi da fisio, né? Pra um menor, ela não precisa de fisio, ela precisa de outros atendimentos. Eu olhei e daí “- Olha, faz uma contra referência, avisando o PSF que essa criança está de alta”. Aí fez, mas nem todos os profissionais acabam adotando essa ... essa contra referência de que a criança está de alta” (P5)

“[...] se não nós procuramos encaminhar pra rede, fazer contato pra ter esse... conjunto de atendimento, né?” (P18)

“Mas aí não tem TO, se tem duas, uma que não atende autismo [...] Não sei, se vira, manda esse moleque pra outro lugar. Mas aí fica esperando, não sabe. A gente ouviu falar das mães, que depois que saiu daqui não tem mais tanto acesso, porque é difícil no município, a fila de espera é grande, aquelas reclamações.” (P19)

“Sempre oriento a buscar um outro atendimento, ou na rede municipal, ou através do AME, ou a gente encaminha também pro Lucy Montoro.” (P20)

Identificou-se, através do relato dos participantes, que existe um diálogo entre serviços de diferentes setores, no entanto, esse está condicionado às necessidades específicas do paciente, identificadas ao longo do processo de intervenção e, por vezes, limita-se à troca de informações ou orientações.

“[...] o CRAS é uma unidade que ajuda muito a gente, tem um excelente contato, tem profissionais lá que vem aqui, a gente vai lá, a gente discute os mesmos casos, né? Então, o CRAS daqui, dessa região, nos ajuda muito. Essa é uma região desfavorável pela necessidade, mas os equipamentos que a gente tem no sistema são muito próximos.” (P1)

“Olha, em geral com as escolas, o PSF, o Conselho tutelar, que mais? Que eu consigo lembrar no momento são esses. A assistência social como um todo, né? O Serviço social do município, mas em geral mesmo é com escola e PSF”. (P2)

“Com a creche, quando a criança começa a frequentar a creche. A gente procura ter essa... essa... esse estreitamento mesmo [...]” (P7)

“Conversamos com a escola que acolhe, conversamos com o professor que vai pegar a criança [...]” (P12)

“Normalmente a gente... se a criança frequenta a escola regular, em alguns casos, a gente conversa com a professora dessa criança, com o monitor dessa criança, a gente conversa, pelo menos todo mês, pra ver como que está o comportamento da criança na escola, se está o mesmo daqui, o mesmo com que a mãe relata. Não são todos os casos, mas os que apresentam alguma necessidade a gente está disposta. Professor de escola já veio aqui pra ter reunião, pra conversar com a nossa equipe. Então, os casos que precisam a gente tem um contato” (P15)

“(...) a gente tem muito encaminhamento da escola, que a gente tem um programa aqui [...] que identificam uma dificuldade, ou escolar ou uma dificuldade comportamental, aí eles encaminham pra gente ou... A gente tem portas abertas, na verdade, qualquer forma de, por exemplo, conselho tutelar, qualquer rede de serviço, um CRAS, enfim, quem identificar o problema pode encaminhar pra gente que a gente atende.” (P19)

Através desses relatos observa-se ainda que a articulação entre os diferentes setores ocorre em momentos pontuais e mantém a característica da fragmentação dos saberes e práticas, não sendo verificada a estruturação de propostas que possam ser desenvolvidas conjuntamente. Dessa forma, cabe questionar o quanto é possível considerar que tratam-se, de fato, de ações intersetoriais.

4.2.5 Inserção da prática em contextos naturais.

A categoria temática “Inserção da prática em contextos naturais” emergiu da resposta dos participantes à questões relativas ao desenvolvimento do plano de intervenção e à implementação e monitoramento das intervenções, as quais permitiram observar lacunas referentes ao desenvolvimento de práticas em contextos naturais.

Como ilustrado pelos excertos abaixo, identificou-se que esse tipo de prática ainda é muito pouco implementado, sendo que os atendimentos permanecem, em sua maior parte, restritos ao ambiente clínico. Nesse contexto, apesar de relatadas visitas domiciliares e às creches, e a realização de passeios esporádicos, nota-se que não é concebida a possibilidade da instituição criar espaços para a atuação nos contextos naturais das famílias, mantendo a estrutura voltada para o cuidado ambulatorial.

“Difícilmente, a não ser que seja um caso muito específico, como eu te falei, de orientação, né? Ou a escola vem ou nós vamos. Mas dificilmente. [...] Dependendo do local onde a criança... onde a criança mora, sim, né? Aqui a gente está numa região central, de mais fácil acesso. Mas em outras regiões, mais distantes, o acesso é bem difícil. E aí, depende de carro, depende de... de uma... de outras áreas.” (P3)

“Sim. Aí a gente vai até a escola, a gente, né? Divide com... Vai fazer observação da criança na escola, no ambiente. Em casa não, né? Só se precisa mesmo. Se tem uma questão social mais envolvida, tal, a gente até faz visita. Mas na escola sim. A gente... a gente tem essa regra, de observar a criança na escola e de trocar, principalmente com a professora do [...] Pedagógico Especializado, né? Então a gente, junto com elas, orientando o que a gente sente dificuldade, o que elas estão trabalhando. Então essa troca existe sim.” (P4)

“Já chegamos a fazer visita em domicílio junto com a TO, pra passar orientação, mas não é uma coisa frequente. Só quando a gente vê, realmente, uma real necessidade.” (P7)

“Seria muito interessante que.. é... os que estão em fase escolar, seria muito interessante que a equipe pudesse sair daqui e ir até a creche, ir até a escola. O que acontece é o inverso, tá? Não raro vem professor, discutir, ou profissionais de outros atendimentos, vem discutir. Mas, geralmente, a nossa equipe não sai daqui.” (P12)

“Olha, na medida do possível aqui a gente até procura ir à escola, não pra intervir, mas pra conhecer como que a criança está lá na escola, pra gente também trocar informações pra tentar

alinhar ou que seja de dar continuidade, vamos na casa, às vezes a gente observa o ambiente, né? Sim, na medida do possível isso é feito sim.” (P18)

A partir dos relatos supracitados observa-se que, mesmo extrapolando o ambiente do serviço, os objetivos permanecem direcionados às demandas que os profissionais identificam para favorecer a sua prática. Nesse sentido, não foram descritas intervenções especialmente planejadas para implementação nos contextos naturais, bem como não foi relatada atenção à aspectos dos ambientes que sejam considerados favorecedores do processo de desenvolvimento.

Quando questionados acerca dos desafios para a implementação de práticas que se aproximem dos contextos naturais, os profissionais identificaram como barreiras a necessidade de ampliação das equipes, uma vez que há uma sobrecarga na demanda de atendimentos, e a designação de períodos para a realização desse tipo de intervenção, assim como descrito nos trechos abaixo:

“Da instituição, não. A dificuldade está em remanejar os horários, né? Porque aí eu preciso desmarcar todos os outros pra poder fazer alguma atividade.[...] E é muito paciente, então, a cada trinta minutos, fora que, às vezes, dependendo, tem grupo, tem trio, então, às vezes, pra uma manhã eu preciso desmarcar oito pessoas. Pra fazer uma atividade é muito difícil, porque aí você, né? Elimina demanda. Fora que aqui, aí, desmarca porque tem reunião, porque choveu o paciente não vem, enfim. Então, e... às vezes, pra não ter menos atendimentos a gente faz menos coisas externas.” (P1)

“As limitações eu acho que é a questão de.. tempo, acho que de horário, né? A gente tem uma demanda muito grande, então a gente não tem muito tempo, assim, a dispor. Às vezes, quando a gente tem que fazer ... quando é necessário, a gente até faz.” (P7)

“Falta de profissional, falta de terapeuta ocupacional na rede, sim.” (P10)

“Ah, limitação é a falta de pessoal. A falta de horário dos profissionais, né? A falta de hora, né?” (P12)

“É o tempo. Se eu tiver que participar, em algum momento, fora da instituição, eu tenho que cancelar tudo naquele dia pra poder, né? Estar participando.[...] Destampar um buraco pra tapar o outro. Então, aí, fica difícil. Então a maior limitação mesmo é o tempo.” (P15)

4.2.6 Formação profissional e os desafios para a implementação de práticas baseadas em evidência.

As respostas dos participantes às questões referentes à qualidade técnica deram origem à categoria temática “Formação profissional e os desafios para a implementação de práticas baseadas em evidência”.

Os dados analisados revelaram que os profissionais têm utilizado uma ampla gama de referenciais para sustentar sua prática na IP, que em geral estão relacionados à área específica de formação. No entanto, esses referenciais permanecem circunscritos aos conhecimentos do funcionamento e desenvolvimento biológicos, o que parece refletir diretamente sobre o tipo de prática que desenvolvem.

“Olha, técnica, eu uso mais o Bobath mesmo, em alguns casos que são mais específicos, né? A gente faz uma salada tão grande de coisas, que a gente perde até ... eu não sei se a gente perde uma identidade ou se a gente ganha um novo conceito de pluralidade de abordagens, sabe? De enxergar a.. a... a pessoa de um jeito diferente. É... já fiz uma porção de cursos, de técnicas, não sei o quê e tal, mas a gente vê que não tem uma coisa só, né? Isso, então, Brunnstrom, Kabat, não é? Umas coisas assim, interessantes e tudo, mas que não funcionam pra todo mundo. Aí, quando você pega um pouquinho de cada um, você consegue uma coisa legal, né? Assim, por formação, pensando em técnica específica eu uso do Bobath que fala do desenvolvimento, trabalha aquelas etapas todas, serve pra tudo, as chaves de controle me servem desde eu avaliar um bebê recém-nascido pra ver se tem algum reflexo patológico grave, até o adulto” (P2)

“Olha, na verdade, específico não. A gente tem mais ou menos, todo mundo ..todo... a maior parte, pelo menos dos fisioterapeutas que trabalham com crianças eles têm muito o Bobath como referência, né? Então a nossa referência é, até hoje, o Bobath, né? Então, assim, a gente usa muitas técnicas, né?” (P6)

“Cada área usa um pouco da sua... mas não específico, né? De protocolos de referenciais de trabalhos com estimulação precoce, de literatura de estimulação precoce, não.” (P12)

“Eu uso as técnicas do Bobath, da Integração Sensorial, e da... neuropsiquiatria, né? Que... que são as bases que eu tenho.” (P13)

Alguns relatos evidenciam que, apesar da referência ao uso de técnicas específicas que requerem uma formação a nível de especialização, os conhecimentos empregados pelos profissionais foram, em sua grande parte, adquiridos na formação básica ou na troca de experiências com outros profissionais.

“É. Geralmente o Bobath. E aí entre outras técnicas, bandagem funcional, mas geralmente é o Bobath, eu uso o Bobath mesmo. (...) Eu tive base de faculdade, tudo isso, mas não tenho o curso.” (P3)

“Embora eu, por exemplo, nunca tenha feito o curso, né? O Bobath mesmo. Mas na faculdade você já tem professores que são (Especialistas na técnica), supervisores de estágio que são, né?” (P6)

“Usa algumas coisas do Bobath, né? Que é o clássico, né? Da estimulação. Não tenho a formação específica, mas, assim, conheço alguma coisa que a fisioterapeuta me passou, a terapeuta ocupacional, né?” (P7)

Nesse sentido, identificam-se limitações e falta de incentivo para o acesso dos profissionais à formação continuada, mesmo nos casos em que os cursos são disponibilizados em plataforma virtual, como os recém lançados pelo sistema AvaSUS.

“Então a gente sente falta disso, né? De .. até tem algumas capacitações, igual essa, online, que dava pra gente fazer mas, a gente fica sem tempo, né? A gente não tem um estímulo, né? [...] É o maior desafio, pra falar bem a verdade.” (P7)

“Até mesmo o incentivo mesmo, financeiro. Mas pela prefeitura fica mais difícil. Quando a gente vai atrás, mesmo, e a gente faz os cursos, né? Então é difícil. Tem esses assim, do próprio governo, que é online, é gratuito, que eles oferecem pra gente, sempre entrega um folhetinho, que a Secretaria repassa pra ... mas é.. esses mais específicos, né? Em... em locais de nome e tudo mais, é a gente que tem que ir atrás mesmo.” (P8)

“Até profissional que vai fazer especialização, é...alguns casos, ah... a prefeitura não dispensa. Ou tem que trabalhar outro dia, ou desconta no salário.[...] Aham que o profissional não precisa se readequar, que o profissional não precisa aprender.” (P9)

“É... agora a gente está recebendo uns cursos, inclusive teve uma... um curso aí do AvaSUS... agora está tendo o curso do AvaSUS. Eu.. eu não estou fazendo [...] Mas até... eu até tinha começado, mas acabei parando, porque a minha demanda agora não é tanto pediatria, e eu fui contratada para trabalhar com neuropediatria e a minha maior demanda é AVE.” (P10)

“Então, a gente está sempre lendo, mas assim, por iniciativa nossa. Então a gente sempre troca material, troca informação, pesquisa, mas aí é cada um por si, sabe? Se eu tenho interesse eu vou lá, busco material, estudo, pego um livro, busco um livro. Mas aí é cada um.” (P15)

“Que eu precisaria, tipo métodos, né? Mas, assim, fora (do município), isso tudo eu que tenho que pagar, então fica mais complicado.” (P21)

Os participantes dessa pesquisa referiram ter dificuldade para realizar uma atualização frequente e em alguns casos demonstraram desconhecimento da terminologia “práticas baseadas em evidência”, o que permite inferir que essa não é uma modalidade de prática desenvolvida no cotidiano desses serviços.

“Com as crianças nas questões de aprendizagem, é.. a gente faz mais esse tipo de ... de revisão de literatura, de .. vai ter que sentar a bunda na cadeira e pesquisar, não tem outro jeito. Os autistas são o maior desafio pra mim.[...] Essa também é outra coisa que, às vezes, me fez buscar as referências dentro dos protocolos. Hoje a gente tem quatro, cinco, seis, por mês. Entradas de caso de autismo. Isso mexe um bocado com as necessidades, com as demandas. Porque não é uma coisa, assim, que são todos iguais, não. Ninguém é igual. Mas os desafios são muito diferentes.” (P2)

“Como assim práticas baseadas? Eu ainda não entendi (P15)

“Seria importante ter, né? Um .. uma experiência, né? Ter uma outra visão e estar por dentro, né? Da atualidade e coisas científicas, enfim. Mas a gente não tem muito no nosso dia a dia.” (P15)

“Eu não consigo responder essa sua pergunta (risos). Então, estimulação essencial, ela não muda, né? Porque o ser humano também. Primeiro ele segura a cabeça, depois ele rola, depois ele segura o tronco, depois ele, né?” (P9)

“Olha, não muito. Não muito, vou ser bem sincera, pela correria, pela rotina que a gente tem aqui, às vezes em casa, quando dá uma ... brechinha, assim, mas dizer que a gente tem constante (acesso aos materiais), não temos não.” (P18)

“Sim, eu tenho... tenho ... tenho lido, né? Alguma coisa que... algum artigo de novidade, é.. alguma coisa que... que tem surgido na... na... eu pesquisa, muito na internet. Então tenho lido bastante sobre as intervenções. Mas não é sempre que dá pra gente fazer, né? Por questão de instrumento, mesmo, e por questão de, às vezes, a gente não tem o... é... a possibilidade de um curso, de um aperfeiçoamento próximo da nossa cidade, é sempre muito longe, às vezes muito caro também, então tem todos esses fatores que acaba que não dá pra gente estar atualizada em tudo. Mas tenho visto muitas... lido sobre muitas coisas, assim, que tem me colaborado também.” (P20)

Nesse contexto, os profissionais sinalizam que as limitações para o desenvolvimento desse tipo de prática estão relacionadas desde o caráter de atendimento generalista, à falta de acesso à capacitação e sobrecarga da demanda institucional.

“Quando a gente fala nas práticas baseadas em evidências você supõe que você vai ter o material certo pra fazer a intervenção. O local certo pra você fazer a intervenção, uma equipe devidamente capacitada pra fazer aquela intervenção, né? Não dá mais pra trabalhar do mesmo jeito que você trabalhava há vinte anos atrás, quando eu saí da faculdade. Num dá mais a mesma coisa. Então, o desafio é aqui e agora. O desafio é ter condições de fazer o que você tem que fazer, é ... com a dificuldade de fazer um congresso, às vezes. A dificuldade pra você ter esse apoio, dar o suporte que a gente precisa pra fazer é muito grande. A gente vai porque a gente tem interesse, não é? [...] A gente vai fazer congresso porque a gente foi atrás, né? Paguei as diárias do meu bolso [...] (P2)

“Então, assim, em recursos humanos, capacitação continuada a gente não tem, que é outra coisa que não adianta implantar o método e não ter capacitação. Então a gente também não tem é... e a gente não tem só um público. [...] Então eu vejo esses pontos como dificultador de implantar alguma coisa. [...] Sempre tem evidências de que você tem que mudar, de que você tem que fazer, e aí? Você está especializado naquele método que você aprendeu há dez anos atrás, né? Então, aqui, eu sempre falei, a gente não tem um método, assim, se fala de currículo funcional mas, assim, eu nunca fui capacitada pra tal. Aqui, tá? Já li, mas isso não é uma capacitação continuada.” (P19)

“É.. primeiro é o aperfeiçoamento, né? Que pra gente desenvolver uma prática, uma técnica, não basta só você ler também ou você ver algum videozinho na internet de... como é feita. Então, essas ... esses cursos, pra nós, na nossa região, é sempre muito complicado. Ou pela distância ou pelo custo, também, né? E... nem sempre que a gente está preparada pra isso também. Então, essa é a dificuldade que a gente encontra, assim.” (P20)

6. DISCUSSÃO

Apresenta-se, a seguir, a discussão dos principais resultados desse estudo, o qual teve por objetivo identificar as práticas de Intervenção Precoce destinadas a crianças entre zero e cinco anos, no estado de São Paulo.

Essa discussão foi elaborada à luz das legislações nacionais para o cuidado da infância e do referencial da Intervenção Precoce, com vistas a estabelecer um diálogo entre os resultados obtidos e as práticas preconizadas pela literatura. Para tanto, foram organizadas quatro seções:

6.1 As políticas de atenção à criança e a estruturação da Intervenção Precoce no contexto brasileiro;

6.2 Práticas em contextos naturais;

6.3 A participação da família nas práticas de IP e

6.4 Os desafios da capacitação profissional e seu impacto nas práticas de Intervenção Precoce.

6.1 As políticas de atenção à criança e a estruturação da Intervenção Precoce no contexto brasileiro.

O sucesso obtido por programas de IP desenvolvidos em países como Estados Unidos e Portugal, demonstram a importância do investimento em políticas públicas para a garantia de sua estruturação e fornecimento de respaldo e direcionamento às ações que serão desenvolvidas em seu domínio (KAMERMAN, 2000). Por essa perspectiva, torna-se imprescindível que os formuladores de políticas tenham pleno conhecimento das demandas da população-alvo da IP, sendo que tal característica constitui uma das principais metas para a garantia da igualdade e da inclusão (UNICEF, 2013).

No Brasil, apesar da inexistência de um sistema de IP a nível nacional, o governo tem se empenhado na elaboração de legislações e programas voltados ao cuidado materno-infantil, os quais destinam-se, em sua maioria, a direcionar o modelo de atenção prestado pelos serviços vinculados aos setores de Saúde, Educação e Assistência Social. Nesse contexto, diferentes planos foram adotados ao longo das últimas sete décadas, no âmbito dos quais é possível identificar alguns dos pressupostos subjacentes à IP, como a perspectiva de atenção integral à criança, emprego de estratégias de prevenção e promoção de saúde e de monitoramento do desenvolvimento (BRASIL, 2010; 2011; 2015; CUNHA, BENEVIDES, 2012).

Diante de tal cenário, Pérez-Ramos e Pérez-Ramos (1996) apontaram que os programas de estimulação precoce⁹ brasileiros poderiam ser organizados tanto em locais especialmente planejados para essa finalidade quanto na rede de recursos já existente, dada a diversidade e abrangência dos serviços de atendimento materno-infantil e à primeira infância disponíveis. Por essa perspectiva, a evolução da organização do SUS com a criação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), em 2008, expandiu ainda mais as possibilidades de integração de diferentes serviços para a prestação de cuidados à essa população, que teoricamente forneceria um amplo contexto para o desenvolvimento de programas de Intervenção Precoce.

No entanto, o que se observa a partir dos resultados desse estudo é que, apesar de toda a sua potencialidade e da estrutura já implementada, o sistema permanece subutilizado e distante

⁹ Termo empregado nacionalmente como sinônimo de Intervenção Precoce.

de estabelecer as articulações previstas, fazendo com que os serviços atuem isoladamente e não como a rede que se preconiza.

Segundo Mendes (2010), um dos grandes problemas na estruturação dos serviços de atenção à saúde contemporâneos refere-se à incoerência entre as situações de saúde existentes e o modo como se responde à elas. A esse respeito, o autor aponta que

a situação de saúde de forte predomínio relativo das condições crônicas não pode ser respondida, com eficiência, efetividade e qualidade, por sistemas de saúde voltados, prioritariamente, para as condições agudas e para as agudizações de condições crônicas, e organizados de forma fragmentada. Essa crise decorre da incongruência entre uma situação de saúde do século XXI, convivendo com um sistema de atenção à saúde do século XX (p.2298,2299).

Tal colocação, associada ao cenário vislumbrado nos resultados desse estudo, evidencia que, apesar dos esforços direcionados para a construção de um modelo de atendimento que funcione dentro da lógica das RAS (marcadas pela organização dos serviços de maneira poliárquica para a oferta do cuidado integral e humanizado a partir da coordenação pela atenção básica), a situação dos atendimentos, ao menos no que tange à IP, segue reproduzindo um modelo de sistema fragmentado, o qual é caracterizado, segundo Fernandez (2004¹⁰ citado por MENDES, 2010),

pela forma de organização hierárquica; a inexistência da continuidade da atenção; o foco nas condições agudas através de unidades de pronto-atendimento, ambulatorial e hospitalar; a passividade da pessoa usuária; a ação reativa à demanda; a ênfase relativa nas ações curativas e reabilitadoras; o modelo de atenção à saúde fragmentado e sem estratificação dos riscos; a atenção centrada no profissional, especialmente no médico; e o financiamento por procedimentos (p.2299).

Neste contexto, os presentes resultados apontam, também, que a resolutividade dos problemas pelos serviços de atenção primária em saúde (APS), considerada um dos pilares das RAS, ainda representa um desafio no que se refere ao atendimento do público alvo da IP. Tal característica merece destaque, uma vez que, como referido por Pupo et al (2014, p.3) “sem a pretendida resolutividade, a APS pode tornar-se, meramente, um centro de distribuição às referências”.

Dentre as ações desenvolvidas pela APS que poderiam impactar positivamente na resolutividade de casos atendidos em IP, destacam-se aquelas denominadas de vigilância do

¹⁰ Fernandez, J.M.D. **Los sistemas integrados de salud:un modelo para avanzar tras completar las transferencias**. Barcelona: B & F Gestión y Salud; 2004.

desenvolvimento, as quais consistem em “atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento normal e à detecção de problemas” (ZEPPONE, VOLPON, DEL CIAMPO, 2012, p. 598). A vigilância do desenvolvimento é considerada uma das principais metas no atendimento de crianças no nível da atenção básica e corresponde a um dos princípios estruturantes das práticas IP internacionalmente difundidas (ZEPPONE, VOLPON, DEL CIAMPO, 2012; CARVALHO et al, 2016; GURALNICK, 2008), contudo, apesar de sua reconhecida relevância e preconização em legislações direcionadas ao cuidado infantil na APS (BRASIL, 1984, 2002, 2005), estudos têm apontado importantes falhas em sua implementação, as quais parecem estar vinculadas ao despreparo dos profissionais, à uma subutilização dos materiais disponíveis para esse objetivo (como as Cadernetas de Saúde da Criança) e até mesmo à uma desvalorização dessa temática, o que implica negativamente na eficiência com que se identificam as crianças em condições de risco e com que se promove o desenvolvimento infantil (DELLA BARBA, 2003; ZEPPONE, VOLPON, DEL CIAMPO, 2012; RATIS, BATISTA FILHO, 2004).

As fragilidades relacionadas ao processo de vigilância do desenvolvimento na APS devem ser objeto de atenção, uma vez que, assim como verificado nos resultados desse estudo, esse tipo de ação não tem sido adotada como um objetivo por serviços que prestam atenção especializada. A esse respeito, no que se refere especificamente às práticas compreendidas no escopo da Intervenção Precoce, pontua-se que os direcionamentos constantes em políticas como as Diretrizes Educacionais para a Estimulação Precoce (1996), as Diretrizes de Estimulação Precoce para crianças de zero a três anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (2016) e o Plano Nacional Viver sem Limites (2013), por exemplo, contribuem para essa fragilidade ao passo que acabam por pouco enfatizar as ações que podem ser desenvolvidas na APS, fazendo com que as práticas adotadas nesse nível acabem tornando-se restritas ao encaminhamento para serviços de média complexidade, onde encontram-se os especialistas.

No domínio das RAS, o processo de referência e contra referência marca o fluxo do cuidado integral, garantindo a articulação entre os serviços de diferentes níveis de complexidade no acompanhamento longitudinal de cada caso (COSTA et al, 2014). Nesse contexto, os resultados obtidos por Costa et al (2014, p.740) corroboram com os encontrados nesse estudo, evidenciando que, apesar de sua importância, esse ainda é um processo que requer um investimento árduo pois, “na prática, ocorrem encaminhamentos para serviços mais especializados, onde não se observa o acompanhamento do paciente pela equipe da Unidade

Básica de Saúde e nem a longitudinalidade da assistência prestada, dificultando a integralidade do cuidado/”.

Segundo Silva (2011), para uma adequada efetivação da integralidade no âmbito das RAS, é necessário que tais redes não se restrinjam ao setor da saúde, “devendo incluir políticas de outros setores relacionados às determinantes do processo saúde-doença”, em uma perspectiva intersetorial (p.2755).

Em relação à isso, observa-se que a articulação entre diferentes setores e serviços constitui um dos principais elementos para o sucesso da Intervenção Precoce na atualidade (EADSNE, 2010; MEISELS, SHONKOFF, 2000). Nesse contexto, Serrano (2010) afirma “que a complexidade e diversidade dos problemas que afetam as crianças em risco ou com necessidades especiais (NE) e suas famílias são tais, que a variedade de serviços para responder às diferentes necessidades tem de refletir essa amplitude de resposta” (p.4).

Não obstante tais apontamentos, os resultados do presente estudo demonstram que apesar da existência de uma estrutura favorável ao desenvolvimento de ações intersetoriais, com o vislumbamento de parcerias entre os serviços de IP e outros como o CRAS e creches dentro de uma perspectiva territorial, a integração entre as ações desenvolvidas ainda não está concretizada, o que aponta para a importância do investimento em programas que sejam desenvolvidos sob a premissa da intersetorialidade e para a necessidade de mudanças que devem ser implementadas ao longo da formulação das políticas públicas, as quais precisam englobar direcionamentos que forneçam uma perspectiva de cuidado integral e integrada, convidando os diferentes setores a pensar o desenvolvimento infantil como uma responsabilidade coletiva e não apenas vinculada a questões de saúde. Nesse sentido, observa-se que a lei nº 13.257, de 8 de março de 2016, recentemente instituída sob o nome de Marco Legal da Primeira Infância, vem delimitar um admirável avanço na direção da garantia dos direitos das crianças especificamente situadas na faixa etária entre 0 e 6 anos, sendo considerada um salto para o alinhamento do Brasil aos países “que estão na vanguarda da atenção e do cuidado com suas crianças” (BRASIL, 2016b; QUEIROZ, 2016, p. 83).

No âmbito dessa legislação são previstos a ampliação dos programas, serviços e iniciativas, bem como a reformulação dos já existentes, com vistas à promoção do desenvolvimento integral. Para tanto, se propõem inovações relacionadas à garantia do direito de brincar; à priorização da qualificação profissional para as especificidades da primeira

infância; à ampliação do atendimento domiciliar, especialmente nos casos de vulnerabilidade; à ampliação da licença paternidade; ao envolvimento das crianças na formatação de políticas públicas; à instituição de direitos e responsabilidades iguais entre pais, mães e responsáveis e à atenção especial e proteção a mães que optam por entregar seus filhos à adoção e gestantes em privação de liberdade (FMCSV, 2016).

Destaca-se ainda em seu domínio a adoção da atuação integrada como um dos conceitos base, reconhecendo sua importância para a garantia do desenvolvimento pleno na primeira infância e indicando a necessidade de se compreenderem os desafios existentes para elaboração de ações verdadeiramente intersetoriais (FALCÃO, 2016, p. 236).

Nesse sentido, a despeito dos reconhecidos avanços preconizados pelo Marco Legal da Primeira Infância aponta-se, contudo, que não basta apenas que as leis sejam elaboradas, é necessário que os serviços e o sistema de uma maneira geral, estejam preparados para realizar as adequações necessárias ao cumprimento de suas diretrizes, caso contrário, não será possível observar as mudanças que se almejam. Nesse sentido, Queiroz (2016) aponta ainda que

Não basta estabelecer o que precisa ser feito, é necessário indicar os responsáveis por cada uma das ações, assim como as fontes de financiamento que permitirão a concretização das obrigações elencadas. Somente contendo todos esses elementos de forma explícita o Marco Legal será uma lei de aplicabilidade imediata. Caso contrário, correrá o risco de virar letra morta diante das indefinições e impossibilidades (p. 84/85).

6.2 Práticas em contextos naturais

Tomando por base a fundamentação da IP nas perspectivas Bioecológica e Transacional do desenvolvimento, segundo os quais “o desenvolvimento resulta do processo de interação entre a criança e os vários contextos em que está inserida” (BAIRRÃO, ALMEIDA, 2003, p. 15), torna-se inquestionável a importância da elaboração de práticas que incidam sobre esses contextos.

A esse respeito, observa-se, com base nos resultados do presente estudo, que os profissionais de IP têm buscado aproximar-se dos contextos naturais das crianças, em especial de seus domicílios e escolas, com o objetivo de compreender como se dá a sua participação e as limitações que são identificadas nesses espaços. Contudo, as práticas desenvolvidas a partir desses contatos parecem não extrapolar a linha do cuidado ambulatorial, limitando-se, quando muito, ao fornecimento de orientações pontuais.

Diante desse cenário, observa-se que, por mais que os recursos existentes nesses contextos sejam potentes para favorecer o desenvolvimento de crianças com deficiência, essa potência não é explorada, uma vez que os profissionais limitam sua atuação às dificuldades particulares da criança naquele determinado ambiente.

Essa realidade condiz com a apresentada por Campbell (2004) ao referir que, muitas vezes, o ambiente natural é considerado apenas como mais um local onde ocorrerão as intervenções, mantendo-se o foco dos atendimentos em intervenções semelhantes às prestadas em contexto ambulatorial, ou seja, focadas sobre as características específicas da criança. Nesse sentido, a autora pontua que

a exigência do ambiente natural não se refere apenas a onde os serviços são prestados, mas se concentra na promoção da participação ativa da criança nas atividades e rotinas que ocorrem em uma variedade de ambientes naturais.

Quando os profissionais abordam a participação de uma criança em vários ambientes naturais, seu foco se amplia para incluir uma abordagem baseada em participação. Em outras palavras, os profissionais trabalham para promover a participação da criança nas mesmas atividades e rotinas que as crianças de idade semelhante sem deficiência estão fazendo (p. 21).

Segundo Bruder (2010), a importância de promover intervenções em contextos naturais também se pauta nas inúmeras oportunidades de aprendizagem que a criança vivencia a todo momento, as quais influenciam positivamente o seu desenvolvimento. Tais constatações se fundamentam em resultados de estudos como os conduzidos por Dunst (2010) e Mahoney e

MacDonald (2007¹¹ citado por CARVALHO et al, 2016), os quais evidenciaram que as oportunidades de interação e aprendizagem em contextos naturais superam, em muito, aquelas produzidas pelos profissionais no ambiente clínico. A esse respeito, Dunst (2010) afirma que uma terapia que seja conduzida por uma hora, duas vezes por semana, ao longo de 50 semanas representa apenas 3% ou 4% das horas em que a criança estará acordada, assim como Mahoney e MacDonald (2007 citado por CARVALHO et al, 2016) demonstraram que uma criança que frequenta a terapia por meia hora e escola de Educação Especial por quatro manhãs durante a semana, ao longo de um ano, terá 10 vezes mais oportunidades de aprendizagem em seu contexto domiciliar, mesmo que os pais interajam com ela por apenas dez minutos ao dia.

Partindo desses pressupostos, observa-se, portanto, que assim como pontuado por Carvalho et al (2016), intervenções que sejam implementadas sem a participação da família e exclusivamente em ambientes clínicos representam uma porcentagem ínfima de experiências para garantir que seus resultados sejam decisivos para as aquisições das crianças. Dessa forma, Trivette, Dunst e Deal (1997 citado por CARVALHO et al, 2016) apontam que

a mobilização dos recursos formais e informais de suporte da comunidade aumenta a eficácia das práticas de intervenção por oposição a uma abordagem baseada nos serviços, em que a fonte de suporte para as necessidades das famílias depende exclusivamente dos profissionais e dos serviços que eles providenciam (p.82).

Em relação a esse aspecto e com base nos resultados desse estudo, supõe-se que a dificuldade encontrada em transpor as práticas de IP centradas no serviço pode se dar em virtude da inexistência de articulação entre os diferentes serviços e também com a comunidade para a promoção do cuidado, o que faz com que os profissionais que atuam nesse campo se sintam sobrecarregados pela demanda de pensar intervenções eficazes para cada ambiente e, conseqüentemente, desmotivados a tentar implementar práticas que incidam além de seu local de atuação.

Outro aspecto referido como um desafio pelos participantes desse estudo relaciona-se a questões de demanda institucional, sendo observado um engessamento das práticas em função dos horários dos atendimentos e da disponibilidade dos poucos profissionais para atender uma

¹¹ MAHONEY, G.; MACDONLD, J. Autism and developmental delays in young children: the responsive teaching curriculum for parentes and professionals. Austin: PRO-ED, 2007.

grande demanda. Por essa perspectiva, observa-se que a maneira como os programas têm se estruturado não propicia espaço para outras possibilidades de atuação, que não a clínica.

Dessa forma, Almeida (2004) pontua que

torna-se cada vez mais claro, que o profissional de Intervenção Precoce não pode trabalhar sozinho. Tem de existir uma mobilização dos vários recursos e parceiros e uma estreita colaboração entre a família, os profissionais de diferentes especialidades, os serviços dos diferentes sectores – Saúde, Educação e Segurança Social – e os diversos elementos e recursos da comunidade (p.66).

A esse respeito, nota-se que no Brasil, a organização programas como o São Paulo pela Primeiríssima Infância e da própria Estratégia de Saúde da Família (ESF), fornecem elementos que possibilitariam sustentar praticas desenvolvidas em contextos naturais, uma vez que são pautados em premissas como a intersetorialidade, integração entre os setores públicos e comunitários, a participação social, a territorialidade e a atenção integral à infância (SÃO PAULO, s/a; BRASIL, 2012). No entanto, quando observam-se as ações desenvolvidas em seu âmbito, constata-se que essas pouco se destinam às crianças com deficiência.

Essa característica pode ser evidenciada pelos resultados desse estudo, os quais demonstram a existência de uma descontinuidade do cuidado no setor da saúde (o qual deveria ser coordenado pela atenção básica) a partir do momento em que as crianças são encaminhadas para o atendimento especializado.

Tais achados corroboram com as evidências de Souza e Rocha (2012), as quais pontuam que, mesmo com a regionalização e descentralização dos serviços de saúde promovida com a implantação da ESF, “muitos usuários com deficiência têm encontrado dificuldades de usufruírem de todos os recursos do SUS, pois, ainda são restritas as ofertas de ações de reabilitação em todos os níveis assistenciais” (p. 231). Nesse sentido, as autoras observam ainda que essa restrição pode se dar em virtude da deficiência e reabilitação serem consideradas pelos profissionais e gestores como uma responsabilidade dos serviços de maior nível de complexidade ou de instituições filantrópicas.

Os resultados desse estudo demonstram ainda a existência de falhas na identificação das crianças com risco para deficiência no nível da atenção básica, com casos sendo recebidos diretamente pela atenção especializada. A esse respeito, observa-se concordância com os resultados apresentados por Van Schaik et al (2014), os quais identificaram que, no que se refere especificamente ao acesso das crianças com deficiência ao nível primário de atenção, esse é deficitário, uma vez que

nem sempre os profissionais de saúde identificam rapidamente a necessidade de intervenções diferenciadas das realizadas com os demais bebês, com ações de puericultura que privilegiam apenas o acompanhamento do crescimento em detrimento da observação do desenvolvimento neuropsicomotor (p. 234).

No que se refere ao PSPPI, nota-se que, apesar de se tratar de um programa pautado no cuidado integral à primeira infância e da seleção dos municípios para participação neste estudo ter se dado em decorrência dessa característica, em nenhum momento ao longo das entrevistas foram mencionadas ações que pudessem ser identificadas como fruto de parcerias desse projeto com os serviços, assim como o mesmo não foi citado.

Diante do exposto, coloca-se a necessidade de desenvolver investigações que aprofundem o entendimento acerca de como têm se estruturado o cuidado das crianças com deficiência nos diferentes níveis de atenção em saúde, bem como pensar em propostas de atenção que sejam verdadeiramente integrais para todas as crianças. Aponta-se, para tanto, que a estrutura de serviços existentes (em seus diferentes níveis e setores) e a maneira como esperase que se organizem constituem um campo fértil para o desenvolvimento de ações em contextos naturais, no entanto há a urgência de uma aproximação entre a teoria e a prática, ou seja, entre o que é previsto nas diretrizes e o que, de fato, se pratica.

6.3 A participação da família nas práticas de IP.

Como pontuado por Carvalho et al (2016), os avanços do conhecimento científico levaram à constatação de que as famílias possuem um papel crucial na implementação das práticas de IP, uma vez que são quem estabelece as relações contínuas e regulares mais significativas com as crianças. Dessa forma, dentro de uma perspectiva abrangente de IP, espera-se que os profissionais trabalhem em parceria e colaboração com as famílias, buscando empodera-las para que utilizem o máximo de seu potencial a favor do desenvolvimento infantil (RODRIGUES, 2011; DUNST, BRUDER, 1999; 2002; BRUDER, 2010; DUNST, 1985, 1995, 2002; EADSNE, 2010; DESSEN, CERQUEIRA-SILVA, 2008; ALMEIDA, 2004; CARVALHO et al, 2016).

A esse respeito, os resultados do presente estudo evidenciaram que os serviços têm caminhado na direção da inserção das famílias nos cuidados de IP, sendo inegável que os profissionais reconhecem a importância da cooperação familiar para o sucesso da intervenção e desejam que ela aconteça. No entanto, nota-se que, apesar desse reconhecimento e desejo, as práticas adotadas revelam pouco privilegiar a participação ativa da família e as possibilidades de protagonismo sobre as decisões relativas ao cuidado, demonstrando que ainda existem obstáculos a serem superados para uma aproximação com o modelo centrado na família.

Os indícios do distanciamento entre as práticas desenvolvidas na realidade brasileira e aquelas adotadas em países onde a abordagem centrada na família está consolidada corroboram com aqueles apontados por Fernandes (2016), cujo estudo objetivou estabelecer diálogos entre as práticas desenvolvidas em Portugal e no Brasil, de modo a compreender o quanto os profissionais valorizam e utilizam tal abordagem. Em relação à essa questão particular, a autora observa que os discursos de seus participantes no Brasil

ainda se distanciam daquilo que se considera ser a apropriação dos conceitos das práticas centradas na família. Isto foi visível na utilização de termos nas respostas dos profissionais (...) à entrevista semiestruturada, tais como: trabalhar em *Estimulação Precoce* (EE), apresentando como objetivo das suas intervenções, a promoção de ações que visem prevenir ou minimizar os efeitos adversos do desenvolvimento da criança com necessidades especiais, sem terem em consideração o papel fundamental da família neste processo (p.184).

Carvalho et al (2016) apontam que para uma prática ser centrada na família não basta apenas trabalhar com a família em intervenções “em que o profissional ignora as necessidades e preocupações expressas por uma família, “prescrevendo-lhe” estratégias e ações que a família não deseja, não compreende, não concorda e que em nada tranquilizarão ou darão resposta às

necessidades por ela expressas” (p. 80). Por essa perspectiva, Fernandes (2016) aponta que a análise das práticas desenvolvidas permite “depreender que os profissionais de IP no Brasil projetam aproximar-se do modelo centrado na família, mas na realidade ainda não o fazem” (p.183).

Segundo Dessen e Cerqueira-Silva (2008), um dos grandes desafios para a incorporação de práticas abrangentes no contexto da IP brasileira refere-se à maneira como os programas têm se estruturado, “tendo como foco as crianças e não as suas famílias, que, em realidade, constituem a principal fonte de apoio e de mudança (...)” (p.52). Neste sentido, acrescentam que, ainda que sejam mencionados atendimentos dirigidos à família, estes possuem por objetivo único “agregá-las como co terapeutas no trabalho que é realizado com a criança”, o que não altera o panorama anteriormente descrito (p. 52).

Tais constatações vêm ao encontro dos resultados desse estudo e daqueles apresentados por Marini, Lourenço e Della Barba (2016) e Bolsanello (1998, 2003), as quais descrevem a participação das mães na intervenção enquanto “uma receptora passiva de orientações, uma agente que tem por função complementar o trabalho do profissional” (BOLSANELLO, 1998, p.68). Nessa perspectiva, verifica-se que nos últimos 20 anos tem havido a manutenção de práticas desenvolvidas sob uma estrutura hierarquizada, na qual os profissionais detêm o conhecimento e planejam as intervenções segundo os aspectos que competem à sua especialidade, atribuindo às famílias um papel secundário no cuidado.

Diante desse cenário, Dessen e Silva (2004, 2005) pontuam, com base em experiências de programas bem sucedidos, que o rompimento com o “modelo paternalista, em que a família é vista apenas como um agente passivo e receptivo, fortaleceu seu papel como fonte de recursos para solucionar seus próprios problemas” (2004, p.183), demonstrando que o investimento no protagonismo familiar evidencia resultar não apenas em efeitos positivos para o desenvolvimento de seus membros, mas também na redução da necessidade de acessar muitos serviços para dar conta de suas demandas.

Dessa forma, com vistas às potencialidades inerentes ao modelo de práticas centradas na família e à realidade das práticas como têm se configurado atualmente no contexto brasileiro, Dessen e Silva (2004) observam que

os procedimentos de intervenção no Brasil deveriam (e precisam) levar em consideração essa tendência. Acredita-se que programas que incluam a família como um grupo (...), considerando a natureza da assistência prestada por profissionais e

instituições, trarão benefícios mais rápidos e eficazes, particularmente se a clientela-alvo for de crianças pré-escolares (p. 183).

Tais considerações reforçam a iminente necessidade de transposição do atual modelo de cuidado, colocando o desafio de se pensar em estratégias para a adoção de práticas mais alinhadas àquelas que têm demonstrado maior eficácia. Nesse sentido, Dessen e Silva (2005) apontam a necessidade de planejamento dos serviços de IP com base em dados empíricos e em referenciais de desenvolvimento sistêmicos, considerando que esses fatores podem ser cruciais para a transformação pretendida.

No entanto, resultados de investigações internacionais têm indicado que a incorporação de práticas centradas na família não é um processo fácil, uma vez que implica não só em uma transformação de referencial, mas também “uma mudança de paradigma na forma como tradicionalmente se desenvolvem os serviços”, interferindo diretamente nos papéis exercidos por familiares e profissionais e nas relações estabelecidas entre eles (CARVALHO et al, 2016, p. 76; BOAVIDA, CARVALHO, 2003). Nesse sentido, Pimentel (2004), ao se referir ao processo de inclusão da família nas equipes de IP portuguesas, apontou que

se o verdadeiro funcionamento em equipe não é um processo fácil nem mesmo para os profissionais, a “admissão” dos pais no seio da equipe veio trazer ainda mais dificuldades. De fato, os pais não estão habituados a ser considerados parte da equipe e atribuem todo o saber aos profissionais que vêm, eles próprios, para a equipe com um estatuto e alguns preconceitos que só a prática de trabalho comum e o tempo conseguirão esbater (p.44).

Segundo Carvalho (2004¹² citado por CARVALHO et al, 2016), “a capacidade de um profissional se tornar centrado na família exige uma mudança nos modelos valorizados e nas crenças acerca das famílias, para além de seu próprio papel enquanto prestador de serviços” (p. 78). Dessa forma, Pimentel (2004) assinala que “a plena participação dos pais na equipe requer que estes e os profissionais construam uma relação de confiança, baseada no respeito pelas diferentes perspectivas e competências” (p.44).

A presença desses indicativos aponta para mais um desafio que deve ser superado com urgência pelas equipes de IP brasileiras caso espera-se aproximar de um modelo centrado na família, uma vez que, como evidenciado pelos resultados desse estudo, os profissionais seguem

¹² CARVALHO, M.L. Práticas centradas na família na avaliação da criança: Percepções dos profissionais e das famílias do PIP do distrito de Coimbra. 2004. Dissertação (Mestrado em estudos da criança). Instituto de Estudos da criança, Universidade do Minho, Braga, 2004.

sustentando uma percepção negativa acerca das capacidades que as famílias possuem de tomar decisões adequadas e, assim, contribuir positivamente com a intervenção. Nesse contexto, observa-se que uma boa percepção em relação à participação da família tem sido atrelada à sua capacidade de executar as orientações conforme fornecidas pelo profissional, fator esse que sabe-se nem sempre depender apenas de sua compreensão ou disponibilidade.

Estudos realizados com famílias de crianças com deficiência têm demonstrado haver uma sobrecarga de demandas relacionadas ao cuidado, as quais implicam, principalmente para o cuidador primário, em assumir uma grande quantidade de papéis além dos comumente executados por famílias cujas crianças não possuem deficiência, o que pode impactar sobre a possibilidade de seguir as recomendações conforme solicitadas (MATSUKURA, SIME, 2008; ROGERS, ROGAN, 2003). Segundo os resultados do estudo de Hiratuka (2005¹³ citado por MATSUKURA, SIME, 2008) as justificativas apresentadas pelas mães para não seguir as recomendações dos profissionais relacionam-se ainda “com a dificuldade em lidar com o comportamento da criança, com a estruturação do dia a dia, além de medos e fantasias” (p.218). Dessa forma, Matsukura e Sime (2008) sinalizam “a necessidade dos profissionais levarem em consideração as reais capacidades e possibilidades das famílias em seguir as orientações para que haja uma parceria mais efetiva e melhor resultado no tratamento da criança” (p.218).

Diante do quadro apresentado, Skinner (1978¹⁴ citado por DUNST, TRIVETTE, 2009, p. 130) aponta que, “pode parecer oportuno prover ou dar apoio e recursos às famílias, mas isso priva-os de oportunidades de usar as habilidades existentes ou desenvolver novas competências, o que pode perpetuar sua necessidade de ajuda”. Dessa forma, Pereira e Serrano (2010) pontuam que a superação desse modelo exige uma adequação da formação profissional através da inserção de variadas modalidades de cursos e do fortalecimento da investigação, de modo a oferecer oportunidades aos profissionais para “promover e construir conhecimento, adquirir competências, adequar atitudes e qualificar o desempenho, para melhorar a qualidade dos serviços e dos apoios prestados às famílias em IP” (p. 115).

¹³ HIRATUKA, E. **Mães, terapeutas e orientação**: Relações, encontros e desencontros. 2005. Trabalho de conclusão de curso (monografia) – Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2005.

¹⁴ SKINNER, B.F. The ethics of helping people. In: WISPE, L. (Ed.). **Altruism, sympathy, and helping**: Psychological and sociological principles. Nova York: Academic Press, 1978. 249-262 p.

Conclui-se, portanto, que apesar dos desafios que ainda se colocam e das dificuldades a serem superadas, os serviços de IP já têm começado a adotar estratégias que os direcionam ao desenvolvimento de práticas mais abrangentes. Nesse sentido, pontua-se a necessidade de investimento em ações que capacitem os profissionais para o trabalho em parceria com a família e na estruturação de serviços sob um paradigma sistêmico e, de preferência, sustentados por uma legislação específica para a área. Salienta-se ainda que experiências pioneiras de prática e pesquisa, bem estruturadas e que produzam resultados consistentes, podem constituir um ponto de partida para a implementação de programas em larga escala.

6.4 Os desafios da capacitação profissional e seu impacto nas práticas de Intervenção Precoce

A qualidade técnica da equipe e o desenvolvimento de práticas baseadas em evidência são considerados importantes indicadores de boas práticas em IP (GURALNICK, 2008; CARVALHO et al, 2016; BUYASSE, HOLLINGSWORTH, 2009). Nesse sentido, aponta-se que, além da diversidade de profissionais que compõem a equipe, a qualidade técnica refere-se à adoção de um referencial sólido que sustentará as intervenções desenvolvidas, necessitando, para tanto, de uma excelente formação básica e continuada (BAILEY, MCWILLIAM, 1993¹⁵ citado por SERRANO, 2010; BUYASSE, HOLLINGSWORTH, 2009, PEREIRA, 2009).

Quanto à qualidade técnica das equipes de Intervenção Precoce participantes desse estudo, os resultados demonstraram predominância do emprego de referenciais vinculados ao modelo médico/reabilitativo, o que parece impactar diretamente sobre as práticas desenvolvidas. Nesse sentido, os resultados corroboram com os achados de Bolsanello, a qual verificou que, com base na eleição dos objetivos da estimulação precoce e do desenvolvimento de práticas pautadas na estimulação, pelas participantes de sua pesquisa, “pode-se supor que esses procedimentos lhes foram transmitidos pelos cursos e leituras que efetuaram e que, por conseguinte vêm a embasar o exercício profissional das mesmas” (1998, p. 82).

Tal constatação demonstra que, apesar das quase duas décadas de intervalo entre os estudos, não se verifica uma mudança de paradigma nos referenciais que compõem a formação dos profissionais que atuam em IP no Brasil, mantendo-se os objetivos do trabalho vinculados a características do desenvolvimento biológico dentro de uma perspectiva reabilitativa. Dessa forma, segundo Bolsanello

Observa-se que os profissionais utilizam o que sabem sobre o desenvolvimento infantil, não como parte daquilo que devem conhecer amplamente para a sua própria referência no processo de intervenção, mas sim para organizar roteiros de atividades que se constituem em objetivos a serem alcançados pelo bebê, a fim de promover o seu desenvolvimento ou corrigir os déficits que possam apresentar (2003, p.347).

¹⁵ BAILEY, D. B.; MCWILLIAM, P. J. The search for quality indicators. In: _____. **Working together with children and families – Case studies in early intervention**. Baltimore: P. Brookes Publishing Co, 1993 (p. 3-20).

A esse respeito, Palácios, Maia e Fiamenghi Júnior (2003) apontam que a formação básica dos profissionais ainda se mantém atrelada à um modelo de diagnóstico e conduta, o que evidencia uma falha logo em seu estágio inicial.

Partindo do pressuposto de que as práticas refletem o processo de formação, o estudo conduzido por Bobrek (2014) evidenciou que a maior parte dos profissionais que trabalham em estimulação precoce¹⁶ afirmam não receber nenhum preparo para essa atuação durante o curso superior, ou quando o recebem o consideram insuficiente/superficial. Esse cenário faz com que os profissionais se sintam despreparados para o atendimento, uma vez que desenvolvem atividades para as quais não foram capacitados, exigindo novas qualificações que os levam à adoção de uma gama ainda maior de referenciais para sustentar essas práticas (Bobrek, 2014; Bolsanello, 1998, 2003).

A esse respeito, Pereira (2009) discute que as especializações em variadas áreas não produzem conhecimentos suficientes para responder com qualidade às demandas das crianças e famílias que são atendidas nos programas de IP, uma vez que suas necessidades estão em constante transformação. Dessa forma, aponta que tal característica indica a necessidade de uma contínua capacitação em serviço, através da qual os profissionais possam alinhar as práticas e conhecimentos adquiridos, em um processo contínuo.

No que se refere à capacitação dos profissionais para a atuação em IP, os resultados do presente estudo reforçam os achados de Bolsanello (1998) e Bobrek (2014), as quais verificaram que esses profissionais se fundamentam em múltiplos processos formativos, nas trocas de experiências com outros profissionais e nos resultados de práticas desenvolvidas anteriormente, sendo que os elementos informais de capacitação têm se destacado em comparação à qualificação formal. Quanto à essa característica, destaca-se que

Isso parece indicar a importância do compartilhamento de informações para dar conta de um tipo de trabalho que é complexo, especializado e envolve uma multiplicidade de saberes. Assim, o trabalho em equipe com discussão de casos e grupo de estudo fornece maiores subsídios para desenvolver o trabalho (BOBREK, 2014, p. 63).

A formação continuada em serviço também tem sido apontada como eficaz e necessária por outros autores, como Bairrão e Almeida, os quais apontam que

¹⁶ Afirmação elaborada com base nas respostas dos participantes do estudo de Bobrek, 2014.

Esses aspectos referentes à formação proporcionada em diferentes níveis a profissionais que estão no campo, são fundamentais para melhorar as suas práticas. Por exemplo, uma formação em serviço prestada através de uma supervisão bem organizada e estruturada poderá dar uma grande contribuição à nível da qualidade das práticas. Um trabalho continuado, quer em termos de supervisão, quer em termos de formação conjunta das equipas, é fundamental se nos quisermos aproximar de um modelo de trabalho em equipa transdisciplinar, tal como hoje se recomenda em IP (2003, p.25).

Dentro dessa concepção, destaca-se a importância da supervisão enquanto um elemento com potencial para “melhorar as práticas dos profissionais, desenvolver novas competências e proporcionar uma aprendizagem e auto-avaliação contínuas” (SERRANO et al, 2010, p. 16). Ainda segundo Wollenburg (1992¹⁷ citado por SERRANO et al, 2010), ela é um processo através do qual os profissionais podem, contínua e regularmente, refletir acerca de suas intervenções e serem apoiados e encorajados por outros membros da equipa em busca dos melhores procedimentos e do crescimento profissional.

Serrano et al (2010) apontam que, para que essa supervisão seja eficaz, é necessário que ela seja criativa para se adaptar aos diferentes profissionais e suas variadas demandas e não se limitar a orientações. Dessa forma, uma supervisão de qualidade

Respeita e reconhece as necessidades da equipa, encorajando a comunicação recíproca e a resolução conjunta de problemas e, simultaneamente, assume que a equipa é capaz e está motivada para crescer. (...) facilita o aperfeiçoamento contínuo do programa e está atenta às necessidades de formação, reconhecendo-as e satisfazendo-as, sempre que possível (SERRANO et al, 2010, p. 17).

Além da supervisão, outro elemento que tem se destacado dentro do processo de capacitação continuada, é a necessidade de promoção de uma atualização frequente em relação aos conhecimentos científicos produzidos nas diversas áreas de atuação, elemento que caracteriza a adoção de práticas baseadas em evidências (GURALNICK, 2008). Nesse contexto, espera-se que o profissional aplique esses conhecimentos “como base para a tomada de decisões sobre a assistência em saúde” (GALVÃO, SAWADA, 2003, p.57).

Segundo Dunst (2009) e Dunst e Trivette (2009) as práticas baseadas em evidência são aquelas que utilizam a análise das produções disponíveis para selecionar as ações que serão empregadas no trabalho e não apenas a busca por evidências que apoiem uma prática já desenvolvida. Por essa perspectiva, as práticas baseadas em evidência podem ser definidas “pelos achados da pesquisa que demonstram uma relação entre as características e as

¹⁷ Wollenburg, K. Home-based supervision. Portage Project Workshop. Lisboa: **DSOIP**, 1992.

consequências de uma experiência ou oportunidade, que dizem o que pode ser feito para produzir um resultado desejado” (DUNST, TRIVETTE, WATSON, 2008¹⁸ citado por DUNST, 2009, p.46).

A despeito de alguns autores indicarem que as evidências de melhor qualidade para a intervenção são verificadas a partir de estudos experimentais randomizados (DICKERSIN, SHERER, LEFEBURE, 1994; GALVÃO, SAWADA, MENDES, 2003; CLOSS, CHEATER, 1999), Dunst (2009) aponta que elas podem estar presentes em qualquer tipo de estudo, desde que determinado resultado esteja associado à uma prática, ou seja, “uma prática baseia-se em evidências quando os resultados de diferentes estudos da mesma prática se replicam e mostram que as mesmas características da prática estão relacionadas com os mesmos resultados” (p. 46).

Contudo, apesar da reconhecida importância atribuída à capacitação continuada e à adoção de práticas baseadas em evidência, essas ainda representam um desafio aos profissionais que estão no campo. Os resultados desse estudo evidenciaram que limitações relacionadas ao tempo, custo, necessidade de deslocamento, demandas profissionais e a falta de incentivo por parte dos serviços onde trabalham são alguns dos fatores que impactam diretamente na qualidade técnica.

A ausência de incentivos à formação continuada também foi relatada como preocupação por um dos participantes no estudo de Bobrek (2014), onde foi listada como uma limitação ao desenvolvimento do trabalho em estimulação precoce.

Cabe aqui pontuar que a questão colocada está para muito além de ser exclusiva dos profissionais que atuam diretamente em Intervenção Precoce. Batista e Gonçalves (2011) apontam que a formação dos profissionais de saúde (maioria dentre os participantes desse estudo)

ainda está muito distante do cuidado integral. O perfil dos profissionais de saúde demonstra qualificação insuficiente para as mudanças das práticas. Uma necessidade crescente de educação permanente para esses profissionais, com o objetivo de (re)

¹⁸ Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Watson, A. Procedural manual for conducting a practice-based research synthesis. Asheville, NC: **Winterberry Press**. 2008.

significar seus perfis de atuação, para implantação e fortalecimento da atenção à saúde no SUS é um grande desafio (BATISTA, GONÇALVES, 2011, p.886).

Diante dessa colocação, aponta-se a necessidade de investimento em programas de formação continuada que se orientem pelas especificidades de cada serviço e da população por ele atendida, objetivando não apenas a transmissão de conhecimentos técnicos, mas focalizando também nos aspectos pessoais, valores e ideias dos profissionais, os quais influenciam substancialmente as práticas desenvolvidas (BATISTA, GONÇALVES, 2011).

Tais necessidades justificam-se por achados como os de Bolsanello (1998), que identificou em seu estudo sobre as concepções e o modo de atuação dos profissionais em estimulação precoce, que apenas 13% dos participantes consideravam a competência profissional (embasamento teórico, competências técnicas e experiência do profissional) um elemento fundamental para o atendimento, contra 23% que elegeram o amor do profissional como elemento mais importante (1998). Os resultados de Bobrek (2014), por sua vez, demonstram um avanço em relação a essas concepções, com maior valorização do conhecimento técnico. No entanto, características pessoais como o envolvimento do profissional continuam despontando entre os elementos considerados importantes para um bom atendimento em IP.

Dessa forma, segundo Brasil

As demandas para a capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas prioritariamente, desde a origem dos problemas que acontecem no dia a dia, da organização do trabalho em saúde. Desse modo, transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não pode ser considerado uma questão simplesmente técnica, pois envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas (2004a, p. 10)

Com vistas a essas demandas, verifica-se que algumas ações têm sido desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, como a implantação, por meio da Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007, da Política de Educação Permanente em Saúde, a qual tem por objetivo transformar as práticas dos profissionais e a própria organização do trabalho nos serviços da rede pública de saúde, de modo a aproximá-las das demandas das pessoas e populações. As ações referentes à essa política têm sido implementadas por meio do envolvimento das três esferas do governo, dentro de um modelo de organização de Polos de Educação Permanente e Colegiados de Gestão Regional, sendo 63 desses Colegiados presentes no estado de São Paulo (BATISTA, GONÇALVES, 2011; BRASIL, 2007).

Uma outra estratégia recentemente adotada foi a disponibilização de cursos, materiais de consulta e realização de fóruns através de plataformas online, como o AVASUS (Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS), o TeleSaúde Brasil Redes, o UNA-SUS (Universidade Aberta do SUS) e os portais Comunidade de Práticas e Saúde Baseada em Evidências. Esse tipo de estratégia tem por objetivos ampliar e democratizar o acesso à formação em saúde, construir conhecimentos a partir da troca de experiências entre os profissionais que atuam na rede e promover o acesso ao conhecimento científico e técnico atualizado.

Nota-se, no entanto, que apesar dos esforços em desenvolver estratégias para a capacitação, essas ainda são de limitada abrangência (executadas apenas na área da saúde) e parecem pouco significativas para os profissionais aos quais se destinam, o que pode indicar que não têm atendido às suas demandas práticas. No contexto da IP, outras possíveis hipóteses para a baixa aderência à capacitação parecem remeter novamente à necessidade de incentivo apontada pelos participantes desse estudo e por Bobrek (2014), bem como à pouca disponibilidade na oferta de cursos aos profissionais, sobrecarga da demanda institucional e atendimento generalista, suposições tais que indicam a conveniência de investigações que se debrucem em profundidade sobre a temática.

Em relação ao emprego das práticas baseadas em evidência, Tegethof (2007) aponta que o distanciamento existente entre os profissionais que estão na prática e o conhecimento científico produzido na academia pode se dar por duas razões:

a primeira tem a ver como fato de a maioria das sínteses de investigações realizadas serem feitas para os investigadores e não para os que estão na prática, a segunda resulta do facto destes últimos, normalmente, não as consultarem ou, quando o fazem, as considerarem de utilidade duvidosa (p.86).

Diante das questões colocadas, conclui-se que ainda existe um longo caminho a percorrer para a aproximação entre as práticas desenvolvidas e aquelas reconhecidas como as mais eficazes. Dessa forma, assim como observado por Bairrão e Almeida (2003), é desejável que se invista na formação de qualidade, na articulação entre serviços e universidades e no desenvolvimento de pesquisas em vários níveis para o fomento da qualidade técnica e, conseqüentemente, o desenvolvimento das melhores práticas.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve por objetivo principal identificar as práticas desenvolvidas pelos serviços de Intervenção Precoce destinados a crianças entre zero e cinco anos, no estado de São Paulo. Nesse contexto, objetivou-se ainda identificar os referenciais teóricos adotados pelos profissionais e as possibilidades de participação das famílias no cuidado.

Para tanto, em virtude da escassez de estudos sobre a temática e da ausência de uma delimitação acerca dos serviços que prestam esse cuidado a nível nacional, procedeu-se uma etapa de caracterização dos serviços, através da qual foi possível apreender dados sobre como esses têm se estruturado, quer em termos de composição profissional, público alvo, tipo de serviço, abordagem empregada pelas equipes e inserção da família no cuidado, o que permitiu traçar um perfil dos locais onde têm se desenvolvido ações de Intervenção Precoce, podendo auxiliar na localização dos mesmos para o desenvolvimento de outros estudos. Os resultados dessa etapa permitiram ainda identificar a existência de uma heterogeneidade na composição e organização dos serviços que, no entanto, não refletiu em diferenças significativas entre as práticas descritas na segunda etapa do estudo.

Em relação às práticas propriamente ditas, identificou-se que, essas têm sido desenvolvidas predominantemente sob um paradigma reabilitativo, ou seja, centrado especificamente no ganho ou recuperação de habilidades que podem estar prejudicadas em função dos déficits apresentados pelas crianças. A esse respeito, foram observados alguns discursos nos quais notou-se um avanço em relação à valorização das potencialidades das crianças, no entanto, esses constituíram uma parcela pouco significativa em relação ao número total de participantes.

Os resultados também permitiram identificar que as práticas têm sido desenvolvidas majoritariamente em ambiente clínico, com poucas oportunidades de atuação nos contextos naturais das crianças. Quanto à essa característica, notou-se ainda que, mesmo quando desenvolvidas na creche ou no domicílio, as práticas permanecem orientadas ao cuidado reabilitativo.

A manutenção da perspectiva reabilitativa pelos profissionais participantes desse estudo pareceu estar vinculada aos referenciais adotados por eles para fundamentação das práticas, os quais foram adquiridos, em sua grande parte, na formação básica e ao longo da

experiência de trabalho. A esse respeito, os resultados evidenciaram a dificuldade encontrada por esses profissionais para acessar capacitações e se engajar na formação continuada.

Quanto à inserção das famílias nos serviços, considerada como uma das chaves para as boas práticas em Intervenção Precoce, evidenciou-se que essa tem ocorrido, porém com as famílias assumindo um papel secundário em relação ao desempenhado pelos profissionais. Nesse sentido, os resultados demonstraram a manutenção de uma postura hegemônica dos profissionais em relação à tomada de decisões sobre a intervenção, o que faz com que a participação das famílias pareça mais valorizada no discurso do que na prática.

A partir dos resultados, observa-se também que o Brasil possui uma ampla gama de serviços e políticas públicas destinadas à população alvo da IP, os quais permitiram com facilidade o desenvolvimento de práticas mais aproximadas daquelas recomendadas pela literatura. No entanto, a existência de lacunas em sua implementação como a ausência de articulação intersetorial e o descumprimento ou desconhecimento de diretrizes faz com que os serviços não consigam evoluir para um paradigma de cuidado integral.

Mediante esses resultados, observa-se a manutenção de um modelo de atendimento em Intervenção Precoce semelhante ao descrito em estudos realizados há quase duas décadas. Dessa forma, discute-se a necessidade da transposição desse paradigma de cuidado, a qual só poderá ser alcançada com investimentos que devem englobar desde a formação e capacitação profissional até a elaboração, implementação e avaliação de políticas públicas com vistas ao direcionamento das práticas de IP.

Compreende-se que o presente estudo apresentou algumas limitações, as quais relacionam-se à impossibilidade de aplicação da entrevista da segunda etapa em todos os serviços identificados, bem como a não participação de todos os profissionais dos serviços selecionados. Contudo, analisa-se que tais limitações não prejudicaram o alcance dos objetivos propostos.

Diante do exposto, considera-se finalmente que, por se tratar de um estudo exploratório, os resultados produzidos conduzem a discussões que precisam ser investigadas em profundidade, indicando caminhos para o desenvolvimento de novas pesquisas sobre a temática.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, I.C. Intervenção precoce: focada na criança ou centrada na criança e na comunidade? **Análise Psicológica**, v.1, n.22, 65-72 p., 2004.
- ALVES E SILVA, A.C.M. et al. Perspectivas de médicos do Programa Saúde da Família acerca das linhas de cuidado propostas pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.2, 349-358 p., fev. 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000200013&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: abr. 2016.
- ALVES-MAZZOTTI, A.J. Usos e abusos dos estudos de caso. **Cadernos de Pesquisa**, v. 36, n. 129, p. 637-651, set./dez. 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/cp/v36n129/a0736129.pdf>>. Acesso em: abr. 2016.
- ANDRADE, L.B.P. Tecendo os fios da infância. In: _____. **Educação infantil: discurso, legislação e práticas institucionais** [online]. São Paulo: Editora UNESP, 2010. 47-77 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: jun.2016.
- ARANHA, M.S.F. Integração social do deficiente: análise conceitual e metodológica. **Temas Psicol.**, Ribeirão Preto, v.3, n.2, p. 63-70, ago. 1995. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v3n2/v3n2a08.pdf>>. Acesso em: jun. 2016.
- ARAÚJO, J.P. et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **São. Bras. Enferm.**, v.67, n.6, p. 1000-1007, nov/dez. 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-1000.pdf>>. Acesso em: jun. 2016.
- ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. Tradução de Dora Flaksman. 2 ed. Rio de Janeiro: LTC- Livros Técnicos e Científicos, 1981. 196 p. (Série Points Histoire).
- BAIRRÃO, J., ALMEIDA, I.C. Questões actuais em intervenção precoce. **Psicologia**, v.17, n.1, 15-29 p., 2003. Disponível em: < <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/13624/2/82420.pdf>>. Acesso em: abr. 2015.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011. 279 p.
- BARRERA, M.; ROSEMBAUM, P. The Transactional Model of Early Home Intervention. **Infant Mental Health Journal**, v. 7, n. 2, 112-131 p., 1986.
- BATISTA, K.B.C.; GONÇALVES, O.S.J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, v.20, n.4, 884-899 p., 2011.
- BOAVIDA, J.; CARVALHO, L. A comprehensive early intervention training approach. In: ODOM, S.L. et al (Eds.). **Early intervention practices around the world**. Baltimore: P.H. Brookes, 2003. 214-249 p.
- BOBREK, A. **Atuação e formação em estimulação precoce: caracterização da percepção dos profissionais em três instituições**. 2014. 86 p. Dissertação (Mestrado em Educação Especial). Departamento de Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2014.

BOLSANELLO, M.A. **Interação mãe-filho portador de deficiência: concepções e modo de atuação dos profissionais em estimulação precoce.** 1998. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

BOLSANELLO, M.A. Concepções sobre os procedimentos de intervenção e avaliação de profissionais em estimulação precoce. **Educar**, Curitiba, n. 22, 343-355 p., 2003. Disponível em: < <http://revistas.ufpr.br/educar/article/view/2185>>. Acesso em: jun. 2015.

BOTT, E. **Família e rede social.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976. 319 p. (Coleção Ciências Sociais)

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da criança: ações básicas.** Brasília, 1984. 12 p.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Especial. **Diretrizes Educacionais sobre Estimulação Precoce.** Brasília, 1996. 46 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.** Brasília, 2002. 100 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil.** Brasília, 2004. 80 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde.** Brasília, 2004a. 66 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para utilização da caderneta de saúde da criança.** Brasília, 2005. 22 p.

BRASIL. **Portaria 1996, de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>. Acesso em: dez. 2016.

BRASIL. Rede Nacional Primeira Infância. **Plano Nacional pela Primeira Infância.** Brasília, 2010. 61 p. Disponível em: < <http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2015/01/PNPI-Resumido.pdf>> . Acesso em: set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história.** Brasília, 2011. 79 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2012. 108 p.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Viver sem Limite – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência.** Brasília, 2013. 92 p.

BRASIL. Rede Nacional Primeira Infância. **A intersectorialidade nas políticas para a primeira infância.** Brasília, 2015. 55 p. Disponível em: < <http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2015/07/GUIA-INTERSETORIAL.pdf>> . Acesso em: nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Estimulação Precoce: crianças de zero a três anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor**. Brasília, 2016. 183 p.

BRASIL. **Lei 13.257, de 8 de março de 2016**. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/L13257.htm>. Acesso em: nov. 2016b.

BRONFENBRENNER, U. **A Ecologia do desenvolvimento humano**: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 267 p.

BRONFENBRENNER, U. Ecological models of human development. In: GAUVAIN, M., COLE, M. **Readings on the development of children**. 2 ed. Nova York: Freeman, 37-43 p., 1993.

BRONFENBRENNER, U. Environments in Developmental Perspective: Theoretical and Operational Models. In: FRIEDMAN, S.L.; WACHS, T.D. **Measuring Environment across the life span**: Emerging Methods and Concepts. Washington D.C.: American Psychological Association Press, 1999.

BRONFENBRENNER, U. **The ecology of Human Development**: Experiments by Nature and Design. Harvard University Press, 1979. 330 p.

BRONFENBRENNER, U.; CECI, S.J. Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: a bioecological model. **Psychological Review**, v.101, n. 4, 568-586 p., 1994.

BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P.A. The Bioecological Model of Human Development. In: LERNER, R.M.; DAMON, W. **Handbook of child psychology**: Theoretical models of human development. Hoboken: John Wiley & Sons, 2006. 1063 p.

BRUDER, B. Early Childhood Intervention: a promise to children and families for their future. **Exceptional Children**, v.76, n.3, 339-355 p, 2010.

BUYSSE, V.; HOLLINGSWORTH, H.L. Program Quality and Early Childhood Inclusion: Recommendations for professional development. **Topics in Early Childhood Special Education**, v.29, n.2, 119-128 p., 2009.

CAMPBELL, P.H. Participation based services: promoting children's participation in natural settings. **Young Exceptional Children**, v. 8, n.1, p. 20-29, 2004.

CARVALHO, L. et al. **Práticas recomendadas em Intervenção Precoce na Infância**: Um guia para profissionais. Coimbra: Associação Nacional de Intervenção Precoce, 2016. 355 p.

CIA, F., CÂNDIDO, A.R.L.S. **Análise da produção nacional de estudos sobre identificação e intervenção precoce**. In: Congresso Brasileiro de Educação Especial, VI, 01/11/2014, São Carlos. Anais do VI Congresso Brasileiro de Educação Especial. São Carlos: 2014. Disponível em: <<http://proceedings.galoa.com.br/cbee/trabalhos>> . Acesso em: abr. 2015.

CLOSS, S.J.; CHEATER, F.M. Evidence for nursing practice: a clarification of the issues. **J Adv Nurs**, v.30, n.1, p. 10-17, 1999. Disponível em:< <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.1999.01043.x/full>>. Acesso em: jan. 2016.

COSTA, J.P. et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde Debate**, v. 38, n. 103, p. 733-743, 2014.

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. 123 p. Dissertação (Mestrado em Educação) – Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

CRNIC, K.A.; FRIEDRICH, W.N.; GREENBERG, M.T. Adaptation of families with mentally retarded children: a model of stress, coping, and family ecology. **Am J Ment Defic.**, .88, n.2, 125-138 p., set. 1983.

CUNHA, A.C.B.; BENEVIDES, J. Prática do psicólogo em intervenção precoce na saúde materno-infantil. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.17, n.1, 111-119 p., jan./mar. 2012. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722012000100013>. Acesso em: out. 2015.

CURRIE, J.; THOMAS, D. **Does Head Start make a difference?** NBER, Cambridge, Jul. 1993. Disponível em: < <http://www.nber.org/papers/w4406>>. Acesso em: abril. 2016.

DELLA BARBA, P.C.S. **Avaliação da grade curricular e conhecimentos de residentes em pediatria sobre vigilância do desenvolvimento**. 2007. Tese (Doutorado em Educação Especial). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2007.

DESSEN, M.A.; CERQUEIRA-SILVA, S. Famílias e crianças com deficiência: em busca de estratégias para a promoção do desenvolvimento familiar. In: BOLSANELLO, M.A. **Atenção e estimulação precoce: bebês com deficiência**. Curitiba: LABEBÊ, 2008. 110 p.

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. 179-188 p.

DESSEN, M.A.; SILVA, N.L.P. Intervenção precoce e família: contribuições do modelo bioecológico de Bronfenbrenner. In: DESSEN, M.A.; JUNIOR, A.LC. **A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras**. Porto Alegre: Artmed, 2005. 152-167 p.

DICKERSIN, K; SHERER, R.; LEFEBURE, C. Identifying relevant studies for systematic reviews. **BMJ**, v. 309, p. 1286-1291, 1994. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2549104/> . Acesso em: jan. 2016.

DUNST, C.J. Rethinking Early Intervention. **Analysis and Intervention in Developmental Disabilities**, v. 5, p. 165-201, 1985. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0270468485800124>. Acesso em: mai. 2016.

DUNST, C.J. **Key Characteristics and Features of Community-Based Family Support Programs**. 1995. 66p.

DUNST, C.J. Revisiting “Rethinking Early Intervention”. **Topics in Early Childhood Special Education**, v.20, n.2, 95-104 p., 2000. Disponível em: < <http://tec.sagepub.com/content/20/2/95.abstract>>. Acesso em: mai. 2016.

DUNST, C.J. Family-Centred practices: Birth through high school. **The Journal of Special Education**, v.30, n.3, 139-147 p., 2002. Disponível em: < <http://cehs01.unl.edu/ECSE/960/DunstHS.pdf>>. Acesso em: mai. 2016.

DUNST, C.J. Implications of evidence-based practices for personnel preparation development in Early Childhood Intervention. **Infants & Young children**, v.22, n.1, 44-53 p., 2009.

DUNST, C.J. Family and Community Life as the Contexts for Supporting and Strengthening Child Learning and Development. In: National Congress on Early Intervention with Young Children and Their Families, 8., 2010, Aveiro. Disponível em: http://www.puckett.org/presentations/FamilyCommunityLife_11_2010.pdf. Acesso em : jan. 2017.

DUNST, C.J.; BRUDER, M.B. Family and Community Activity Settings, Natural Learning Environments, and Children’s Learning Opportunities. **Children’s Learning Opportunities Report**, v.1, n.2, 1999. Disponível em:< <http://www.uconnuidd.org/pdfs/EverydayActSett-2006.PDF>>. Acesso em: mai. 2016.

DUNST, C.J.; BRUDER, M.B. Valued outcomes of servisse cordination, early intervention, and natural environments. **Exceptional Children**, v. 68, n.3, 361-375 p., 2002. Disponível em: < <http://www.uconnuidd.org/pdfs/projects/rtc/ValuedOutcomesServCoord-2002.pdf>> . Acesso em: jan. 2016.

DUNST, C.J.; TRIVETTE, C.M. Capacity-building family-systems intervention practices. **Journal of Family Social Work**, v.12, n.2, 119-143 p., 2009.

EUROPEAN AGENCY FOR DEVELOPMENT IN SPECIAL NEEDS EDUCATION (EADSNE). **Early Childhood Intervention: progress and developments**. 2010. Disponível em: https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-progress-and-developments_ECI-report-EN.pdf. Acesso em: jan. 2016.

FALCÃO, T. O desafio da intersectorialidade: Contribuições a partir do ministériodo desenvolvimento social e combate à fome. In: BRASIL. Centro de Estudos e Debates estratégicos. **Avanços do Marco Legal da Primeira Infância**. Brasília, 2016. 238-243 p.

FERNANDES, M.D.A. **Subsídios para a caracterização de programas de intervenção precoce implementados pelas equipas de apoios educativos na região de Trás-OsMontes**. 2001. 211 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Educação da Criança) – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, 2001.

FERNANDES, P.R.S. **Diálogos sobre a Intervenção Precoce em Portugal e no Brasil: clarificação nacional e internacional sobre práticas profissionais**. 2016. 241 p. Tese (Doutorado em Estudos da Criança) - Instituto de Educação, Universidade do Minho, Braga, 2016.

FREITAS, H.R.M.; PONTES, F.A.R. **Práticas de intervenção precoce com família: uma revisão sistemática**. In: Congresso Brasileiro de Educação Especial, VI, 01/11/2014, São

Carlos. Anais do VI Congresso Brasileiro de Educação Especial. São Carlos: 2014 Disponível em: < <http://proceedings.galoa.com.br/cbee/trabalhos>> . Acesso em 27/04/2015.

FREITAS, H.R.M.; SILVA, S.S.C. **Estudos empíricos sobre Intervenção Precoce com família: uma caracterização geral.** In: Congresso Brasileiro de Educação Especial, VI, 01/11/2014, São Carlos. Anais do VI Congresso Brasileiro de Educação Especial. São Carlos: 2014 Disponível em: < <http://proceedings.galoa.com.br/cbee/trabalhos>> . Acesso em 27/04/2015.

FUNDAÇÃO MARIA CECÍLIA SOUTO VIDIGAL (FMCSV). **Marco Legal da Primeira Infância.** Disponível em:< <http://www.fmcsv.org.br/pt-br/Paginas/marco-legal.aspx>>. Acesso em: dez. 2016.

FUNDAÇÃO MARIA CECÍLIA SOUTO VIDIGAL (FMCSV). **Programa São Paulo pela Primeiríssima Infância.** Disponível em:< <http://www.fmcsv.org.br/pt-br/o-que-fazemos/sao-paulo-pela-primeirissima-infancia/Paginas/default.aspx>>. Acesso em: jun. 2015.

GALVÃO, C.M., SAWADA, N.O. Prática baseada em evidências: estratégias para a sua implementação na enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.56, n.1, p.57-60, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n1/a12v56n1>. Acesso em: abr. 2016.

GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O.; MENDES, I.A.C. A busca das melhores evidências. **Rev Esc Enferm USP**, v.37, n.4, p.43-50, 2003.

GARBARINO, J. The Human Ecology of Early Risk. In: MEISELS, S.J.; SHONKOFF, J.P. **Handbook of Early childhood Intervention.** New York: Press Syndicate of the University of Cambridge, 1990. 760 p.

GARCES, E.; THOMAS, D.; CURRIE, J. **Longer term effects of Head Start.** NBER, Cambridge, dez. 2000. Disponível em:< <http://www.nber.org/papers/w8054>>. Acesso em: abril. 2016.

GURALNICK, M.J. Effectiveness of early intervention for vulnerable children: A developmental perspective. **American Journal on Mental Retardation**, v.102, n.4, 319-345 p., 1998. Disponível em: < https://depts.washington.edu/chdd/guralnick/pdfs/effect_EI_AJMR_vol102_98.pdf> . Acesso em: mai. 2015.

GURALNICK, M.J. A developmental systems model for early intervention. **Infants and Young Children**, v.14, n.2, 1-18 p., out. 2001. Disponível em: < https://depts.washington.edu/chdd/guralnick/pdfs/dev_sys_model_EI_IYC_10_01.pdf>. Acesso em: abr. 2016.

GURALNICK, M.J. Early intervention for children with intellectual disabilities: Current knowledge and future prospects. **Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities**, .18, 313–324 p., 2005.

GURALNICK, M.J. **Family Influences on Early Development:** Integrating the Science of Normative Development, Risk and Disability, and Intervention. In: McCARTNEY, K.; PHILLIPS, D. **Handbook of early childhood development.** Oxford: Blackwell Publishers, 2006. 44-61 p.

GURALNICK, M.J. International perspectives on early intervention: A search for common ground. **Journal of Early Intervention**, v. 30, n.2, 90-101 p., mar. 2008.

GURALNICK, M.J. Second generation research on the effectiveness of early intervention. **Early Education and Development**, v.4, n. 4, 366-378 p., out. 1993. Disponível em: < https://depts.washington.edu/chdd/guralnick/pdfs/Guralnick_Second_Generation_Research-EED-1993.pdf>. Acesso em: jun. 2015.

GURALNICK, M.J. Merging policy initiatives and developmental perspectives in early intervention. **Escritos de Psicología**, v. 8, n. 2, 6-13 p., mai –Ago. 2015. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4747327/>>. Acesso em: jan. 2016.

GURALNICK, M.J. Early intervention for children with intellectual disabilities: An update. **Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities**, 1-19 p., jan. 2016. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jar.12233/abstract>>. Acesso em: jan. 2016.

HANSEL, A.F. **Estimulação precoce baseada em equipe interdisciplinar e participação familiar**: concepções de profissionais e pais. 2012. 138 p. Tese (Doutorado em Educação) – Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2012.

HARBIN, G.L.; MCNULTY, B.A. Policy implementation: Perspectives on service coordination and interagency cooperation. In: Meisels & Shinkoff. **Handbook of Early Childhood Intervention**. 2 ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2000. (p.700- 720)

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico**. 2016. Disponível em: < <http://www.cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: ago. 2016.

KAMERMAN, S. Early Childhood Intervention Policies: An International Perspective. In: SHONKOFF, J.P.; MEISELS, S.J. **Handbook of early childhood intervention**. 2 ed. Nova York: Cambridge University Press, 2000. 613-629 p.

MAIA, J.A. **Ações da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil pelo olhar do Profissional da Atenção Básica**. 2010. 80 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2010.

MARINI, B.P.R., LOURENÇO, M.C., DELLA BARBA, P.C.S. **Revisão sistemática integrativa da literatura sobre modelos e práticas de Intervenção Precoce no Brasil**. 2016. No prelo.

MARTINEZ, M., GARCIA, M.C. La crianza como objeto de estudio actual desde el modelo transaccional. **Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud**, v. 10, n.1, 169-178 p., 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v10n1/v10n1a10.pdf>>. Acesso em: mar. 2016.

MATSUKURA, T.S.; SIME, M.M. Demandas e expectativas de famílias de crianças com necessidades especiais: De situações do cotidiano aos técnicos envolvidos no tratamento. **Temas sobre Desenvolvimento**, v.16, n.92, p. 214-221, 2008..

MEISELS, J.P; SHONKOFF, S.J. Early childhood intervention: the evolution of a concept. In: _____ . **Handbook of Early Childhood Intervention**. 2 ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2000a. (p. 3-31)

MEISELS, S.J. The efficacy of early intervention: Why are we still asking this question?. **Topics in Early Childhood Special Education**, v.5, n.2, 1-11 p., 1985. Disponível em: <https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/68911/10.1177_0271121485005002_02.pdf?sequence=2>. Acesso em: jun. 2015.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p. 2297-2305, 2010.

MIRANDA, A.A.B. **História, deficiência e educação especial**. 2004. Disponível em: http://www.histedbr.fe.unicamp.br/revista/revis/revis15/art1_15.pdf. Acesso em: jun. 2016.

NARVAZ, M.G.; KOLLER, S.H. O Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano. In: KOLLER, S.H. **Ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisa e Intervenção no Brasil**. S. Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. 437 p.

PACHECO, K.M.B.; ALVES, V.L.R. A história da deficiência, da marginalização à inclusão social: uma mudança de paradigma. **Acta Fisiatr**, v.14, n.4, p. 242-248, dez. 2007. Disponível em: <http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=184>. Acesso em: jun. 2016.

PALACIOS, A.C.; MAIA, S.R.; FIAMENGGHI JÚNIOR, G.A. Condições para a mudança de paradigma no atendimento e serviços na intervenção precoce: uma reflexão em torno de conflitos sobre valores e prioridades na intervenção precoce. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v.3, n.1, 19-28 p., 2003.

PEREIRA, A.P.S. **Práticas centradas na família em intervenção precoce: um estudo nacional sobre práticas profissionais**. 2009. 287 p. Tese (Doutorado em Estudos da Criança) – Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho, Braga, 2009.

PEREIRA, A.P.S.; SERRANO, A.M. Intervenção Precoce em Portugal: evidências e consequências. **Inclusão**, n.10, 101-120 p., 2010.

PÉREZ-RAMOS, A.M.Q., PÉREZ-RAMOS, J. **Estimulação Precoce: Serviços, programas e currículos** (3 ed.). Brasília: CORDE, 1996. 255p.

PESSOTTI, I. **Deficiência mental: da superstição à ciência**. São Paulo: T. A. Queiroz, 1984. 206 p.

PETERNELLI, L.A. **Capítulo 2: Estatística Descritiva**. Disponível em <http://www.each.usp.br/rvicente/Paternelli_Cap2.pdf>. Acesso em: mai. 2015.

PIMENTEL, J.V.Z.S. Avaliação de programas de Intervenção Precoce. **Análise Psicológica**, v.1, n.22, 43-54 p., 2004.

PIMENTEL, J.V.Z.S. **Intervenção focada na família: Desejo ou realidade**. Lisboa, 2005. 506 p. (Coleção Livros SNR nº 23)

PINTO, A.I. et al. Early childhood intervention in Portugal: an overview based on the developmental systems model. **Infants & Young Children**, v.25, n. 4, 310–322 p., 2012. Disponível em:< <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/28128>>. Acesso em: mar. 2015.

PINTO, M.; SARMENTO, M. J. **As crianças: contextos e identidades**. Braga: Bezerra, 1997. 293 p.

PUPO, G.D. et al. **Rede de atenção à saúde**. 2014. 16 p. Disponível em:< <https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/3250/Rede%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20C3%A0%20Sa%C3%BAde.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: dez. 2016.

QUEIROZ, E.C. Marco Legal pela Primeira Infância: uma grande oportunidade. In: BRASIL. Centro de Estudos e Debates estratégicos. **Avanços do Marco Legal da Primeira Infância**. Brasília, 2016. 82-85 p.

RATIS, C.A., BATISTA FILHO, M. Process and structural aspects of monitoring growth in children under the age of five years at public health services in the state of Pernambuco, Brazil. **Rev Bras Epidemiol**, v.7, p.44-53, 2004.

RODRIGUES, P.J.B. A terapia ocupacional e a intervenção precoce na infância – de mãos dadas com as famílias. 2011. 64p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Instituto Politécnico de Leiria, Leiria, 2011.

ROGERS, M.L.; HOGAN, D.P. Family life with children with disabilities: The key role of rehabilitation. **J Marriage Family**, v.65, n.4, p. 818-834, 2003. Disponível em :< <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-3737.2003.00818.x/full>> . Acesso em: jan. 2017.

SAMEROFF, A.J. Environmental context of child development. **J Pediatr**, v. 109, n.1, p. 192-200, jul. 1986. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3522835>>. Acesso em: mar. 2016.

SAMEROFF, A.J. **The transactional model of development**: How children and contexts shape each other. Washington: American Psychological Association, 2009. 268 p.

SAMEROFF, A.J., CHANDLER, M.J. Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In: HOROWITZ, F.D. et al (eds). **Review of child development research**. 4 ed. Chicago: University of Chicago Press, 1975. 187–244 p.

SAMEROFF, A. J., FIESE, B. H. Transitional regulation and early intervention. In: MEISELS, S. J., SHONKOFF J.P. (Eds.). **Handbook of early childhood intervention**. 1 ed. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

SAMEROFF, A.J.; FIESE, B.H. Transactional Regulation: The Developmental Ecology of Early Intervention. In: SHONKOFF, J.P.; MEISELS, S.J. **Handbook of Early Childhood Intervention**. New York: Cambridge University Press, 2000. (135-159 p.)

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **São Paulo Pela Primeiríssima Infância**. Disponível em < <http://portal.saude.sp.gov.br/ses/perfil/profissional-da-saude/areas-tecnicas-da-sessp/saude-da-crianca/sao-paulo-pela-primeirissima-infancia>>. Acesso em: jul. 2016.

SERRANO, A.M. et al. Projecto-piloto de investigação-acção em intervenção precoce na direcção regional de educação especial e reabilitação. **Diversidades**, ano 8, n.29, 4-27 p., jul.

2010. Disponível em: < <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/16281>>. Acesso em: set. 2014.

SERRANO, A.M. **Redes Sociais de Apoio e a sua Relevância para a Intervenção Precoce**. Porto: Porto Editora, 2007. 110 p. (Coleção Educação Especial)

SHONKOFF, J.P.; MEISELS, S.J. **Handbook of early childhood intervention**. 2 ed. Nova York: Cambri/dge University Press, 2000. 734 p.

SILVA, N.L.P.; DESSEN, M.A. Deficiência Mental e Família: Implicações para o Desenvolvimento da Criança. **Psic.: Teor. E Pesq.**, Brasília, v. 17, n.2, p. 133-141, 2001. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722001000200005&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: jun. 2016.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.6, p. 2753-2762, 2011.

SOUZA, C.C.B.X.; ROCHA, E.F. Portas de entrada ou portas fechadas? O acesso à reabilitação nas unidades básicas de saúde da região sudeste do município de São Paulo – período de 2000 a 2006. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 21, n. 3, p. 230-239, 2010.

TEGETHOF, M.I.S.C.A. **Estudos sobre a Intervenção Precoce em Portugal: Ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias**. 2007. 693 p. Tese (Doutorado em Psicologia). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, 2007.

UNDERWOOD, K. Mapping the early intervention system in Ontario, Canada. **International Journal of Special Education**, v.27, n.2, 126-135 p., 2012. Disponível em: < <http://eric.ed.gov/?id=EJ982867>>. Acesso em: abr. 2015.

UNICEF. **Situação mundial da infância: Crianças com deficiência**. 2013. 25 p. Disponível em:< https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_25542.htm>. Acesso em: jul. 2016.

VAN SCHAİK, E.E. et al. Reflexões sobre a atenção às crianças com deficiência. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**, v.25, n.3, p. 233-241, 2014.

YIN, R.K. **Estudo de caso: Planejamento e métodos** (5 ed.). Porto Alegre: Bookman, 2015. 290 p.

ZEPPONE, S.C., VOLPON, L.C., DEL CIAMPO, L.A. Monitoramento do desenvolvimento infantil realizado no Brasil. **Rev. Paul. Pediatr.**, v.30, n.4, p. 594-9, 2012.

ZIGLER, E. BERMAN, W. Discerning the future of early childhood intervention. **American Psychologist**, 894-906 p., ago. 1983.

APÊNDICES

Apêndice A: Modelo do instrumento Questionário de Caracterização da Instituição.

"Retrato das práticas de Intervenção Precoce no estado de São Paulo"

*Obrigatório

Questionário de caracterização da Instituição

Instruções:

Este é um questionário online, que deverá ser respondido e enviado nesta plataforma. Para tanto, basta preencher os campos ou selecioná-los para o registro de sua resposta. Ao final de cada seção consta o botão CONTINUAR, que lhe dirigirá à próxima página.

Ao concluir seu preenchimento, basta clicar no botão ENVIAR e você receberá automaticamente uma mensagem com a confirmação do envio.

Caso reste alguma dúvida, os dados para contato da pesquisadora se encontram no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que pode ser encontrado na primeira página desse formulário.

Nome do Respondente *

(Somente para identificação pela pesquisadora. O seu nome não será divulgado em nenhum momento dessa pesquisa, conforme consta no TCLE)

Cargo/função *

Nome da Instituição *

(Somente para identificação pela pesquisadora. O nome da instituição não será divulgado no trabalho final, conforme consta no TCLE)

Apêndice A – continuação

Tempo de funcionamento da Instituição *

Essa Instituição é vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS)? *

- Sim
 Não

Qual é o público alvo dessa Instituição? *

Essa Instituição conta com uma equipe que atenda crianças de zero a cinco anos? *

- Sim
 Não

Essa Instituição conta com uma equipe nomeada de "Equipe de Intervenção Precoce"? *

- Sim
 Não

Essa Instituição é caracterizada como:

- Pública Municipal
 Pública Estadual
 Pública Federal
 Vinculado à Universidade
 Organização Não Governamental
 Entidade da Sociedade Civil

[« Voltar](#)

[Continuar »](#)

Apêndice B: Modelo do instrumento Questionário de Caracterização da Equipe.

"Retrato das práticas de Intervenção Precoce no estado de São Paulo"

*Obrigatório

Questionário de caracterização da equipe

Há quanto tempo essa Instituição conta com uma equipe de Intervenção Precoce?

Por quantos profissionais de cada uma dessas especialidades é composta essa equipe? *

(Considere apenas aqueles em exercício de atividade formal. Não contar voluntários e/ou estagiários)

	Nenhum	Um	Dois	Três	Quatro	Cinco ou mais
Terapeuta Ocupacional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fisioterapeuta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fonoaudiólogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psicólogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pediatra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assistente Social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pedagogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermeiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Existem outros profissionais que compõem essa equipe e não foram mencionados acima? Quais são eles? *

Apêndice B – continuação

Há quanto tempo esses profissionais estão vinculados à essa equipe?

(no caso de haver mais de um profissional de cada especialidade, considere o tempo médio)

	Menos de seis meses	De seis meses a um ano	Dois anos	Três anos	Quatro anos	Cinco anos ou mais
Terapeuta Ocupacional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fisioterapeuta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fonoaudiólogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psicólogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pediatra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assistente Social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pedagogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermeiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Qual a abordagem empregada por essa equipe? *

- Multidisciplinar
- Interdisciplinar
- Transdisciplinar

[« Voltar](#)

[Continuar »](#)

Apêndice C: Modelo do instrumento Questionário de Participação das Famílias.

"Retrato das práticas de Intervenção Precoce no estado de São Paulo"

*Obrigatório

Participação das famílias na Intervenção Precoce

As famílias das crianças atendidas participam dos cuidados em Intervenção Precoce? *

- Sim
 Não

Em quais dessas ações a família está envolvida? *

(Assinale todas aquelas que correspondem à realidade dessa instituição)

- Avaliação da criança
 Planejamento das intervenções
 Desenvolvimento das intervenções
 Reavaliações
 Planejamento de alta

Como é a participação das famílias? *

(Assinale todas aquelas que correspondem à realidade dessa instituição)

- Elas acompanham a criança durante a avaliação
 Elas são informadas dos resultados da avaliação
 Elas discutem e escolhem junto com a equipe os melhores instrumentos para a avaliação
 Elas auxiliam a equipe na elaboração do plano de intervenção
 Elas são informadas dos objetivos do plano de intervenção
 Elas acompanham a criança durante as intervenções
 Elas recebem orientações/treinamentos sobre como estimular a criança em casa
 Elas decidem sobre o momento de fazer a reavaliação
 Elas são informadas sobre a reavaliação e os resultados obtidos
 Elas são informadas sobre a alta
 Elas decidem, junto com a equipe, o momento da alta
 Elas são orientadas pela equipe sobre os serviços disponíveis para a continuidade do cuidado

A família, assim como a criança, é alvo da avaliação e intervenção dos profissionais? *

- Sim
 Não

[◀ Voltar](#)

[Enviar](#)

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Apêndice D: Roteiro de entrevista utilizado na segunda etapa da coleta de dados.**Roteiro de entrevista**

A todo momento, quando eu referir o termo serviço, peço que pense especificamente nas ações de Intervenção Precoce.

Referência:

1. Como e quando a criança/família é referenciada (encaminhada) para esse serviço?
2. Ocorre a articulação desse serviço com outros existentes no município? Como ocorre?

Primeiros contatos:

3. Como é o primeiro contato com essa criança/família? (São fornecidas informações acerca do serviço? É feito um acolhimento? São identificadas as demandas da família?)
4. Existem critérios de elegibilidade para selecionar as crianças/famílias que participarão da Intervenção Precoce? Quais são esses critérios? (Elegibilidade)

Avaliação:

5. Como é feita a avaliação da criança? Há um planejamento para a realização dessa avaliação?
6. A família participa no momento da avaliação? Como é essa participação? (Ela pode escolher o tipo de avaliação ou o local onde será realizada? Ela pode direcionar os aspectos que serão avaliados?)
7. A família está presente no momento da avaliação?
8. O resultado da avaliação é partilhado com a família? Em que momento é feita essa devolutiva? Quais são os principais pontos abordados?

Desenvolvimento do plano de intervenção:

9. Como é feito o planejamento da intervenção?
10. Esse planejamento leva em conta as rotinas e o ambiente natural da família?
11. São elaborados Planos Individualizados de Intervenção?
12. As famílias são envolvidas no planejamento das intervenções? Elas podem decidir/opinar na escolha das intervenções e das prioridades que querem ver atendidas?

Implementação e monitoramento:

13. Como é a implementação das intervenções?
14. As intervenções acontecem apenas no espaço do serviço ou elas se estendem aos contextos naturais?
15. A equipe encontra alguma limitação institucional para o desenvolvimento de ações que incidam nos contextos naturais?
16. Os objetivos da intervenção são reavaliados? Com que frequência?
17. Qual o critério para considerar que um objetivo foi alcançado?
18. Que papel as famílias têm na intervenção? Qual a sua participação?

Apêndice D – continuação**Avaliação dos resultados:**

19. Os resultados da intervenção são avaliados?
20. A família participa dessa avaliação?

Transição

21. Como é feito o planejamento da alta? A família participa desse planejamento?
22. São fornecidas informações à família a respeito dos serviços que ela pode procurar para dar continuidade ao cuidado?

Qualidade técnica

23. Você emprega referenciais específicos na sua prática de Intervenção Precoce (segue algum modelo, alguma abordagem)?
24. Fale sobre o referencial adotado.
25. Se sim, você recebe/recebeu alguma formação específica para a utilização desse referencial?
26. Você considera que faz uso de Práticas Baseadas em Evidências? Fale sobre isso
27. Se sim, quais os desafios que você encontra? Se não, quais os desafios você considera que existem para a adoção desse tipo de prática?

Apêndice E: Modelo de carta convite enviada aos juízes.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA
OCUPACIONAL

Caro Senhor(a),

Meu nome é Bruna Pereira Ricci Marini, sou mestranda e orientanda da Profa. Dra. Patrícia Della Barba no Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da UFSCar.

Venho, por meio dessa, convidá-lo a contribuir para a adequação do roteiro de entrevista a ser utilizado em minha pesquisa, intitulada: “Retrato das práticas de Intervenção Precoce no estado de São Paulo”. Esse estudo tem por objetivo identificar as práticas desenvolvidas pelos serviços de Intervenção Precoce destinados a crianças de zero a cinco anos, no estado de São Paulo.

Para tanto, sua contribuição consistiria em julgar as perguntas por mim elaboradas quanto à adequação da linguagem, conteúdo, forma de apresentação e sequencia das perguntas, considerando que o mesmo guiará a entrevista com profissionais de diferentes especialidades que atuam em serviços de Intervenção Precoce.

Peço, por gentileza, que envie sua resposta acerca desse convite pelo e-mail ou telefone indicado. O roteiro de entrevista e demais informações acerca da contribuição lhe serão disponibilizados após a confirmação do aceite.

Agradeço e permaneço à disposição para o esclarecimento de quaisquer dúvidas,

Atenciosamente,

Apêndice F: Modelo de carta informativa enviada aos juízes que aceitaram o convite.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA
OCUPACIONAL

São Carlos, XX de XX de 2016.

Caro Juiz,

Mediante seu aceite em contribuir, encaminho o roteiro de entrevista (anexo à parte) e algumas informações adicionais para orienta-la no processo de adequação.

Aproveito a oportunidade para informar que meu estudo se desenvolve sob o referencial da perspectiva sistêmica e centrada na família e que, daí, resulta a estrutura da entrevista. Informo ainda que o objetivo da pesquisa é a identificação de práticas desenvolvidas na esfera transdisciplinar dos serviços, não cabendo a análise de práticas específicas da área de formação de cada profissional.

Aproveito ainda para lembrá-la que sua contribuição consiste em julgar as perguntas por mim elaboradas quanto à adequação da linguagem, conteúdo, forma de apresentação e sequência das perguntas, considerando que o mesmo guiará a entrevista com profissionais de diferentes especialidades que atuam em serviços de Intervenção Precoce.

Desta forma, peço que fique à vontade para fazer as alterações que julgar pertinentes ao roteiro, incluindo ou substituindo palavras, termos ou questões. Caso considere necessário, pode ainda incluir reflexões acerca das questões apresentadas.

Peço, por gentileza, que devolva esse roteiro com suas considerações em um prazo de até 15 dias a contar da data de hoje. Comprometo-me a lembrá-la desse prazo até, no máximo, dois dias antes de seu limite.

Agradeço novamente pela colaboração,

Atenciosamente.

Apêndice G: Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da primeira etapa.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA
OCUPACIONAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Retrato das práticas de Intervenção Precoce no estado de São Paulo”, sob responsabilidade da mestranda Bruna Pereira Ricci Marini. O presente estudo tem por objetivo identificar as práticas desenvolvidas por serviços de Intervenção Precoce no estado de São Paulo. Você foi selecionado(a) como participante, pois trabalha como coordenador de um serviço de atenção à criança no qual se desenvolvem, nomeadamente, ações de Intervenção Precoce. Sua participação é voluntária e não é obrigatória, a qualquer momento poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua participação foi indicada pelo Gestor Regional do Programa São Paulo pela Primeiríssima Infância. Sua participação consistirá no preenchimento de um questionário online que se encontra nesta página. Você levará poucos minutos para respondê-lo. Caso você sinta qualquer desconforto ou constrangimento ao responder as questões apresentadas no questionário, caso não saiba as respostas ou não queira nos dar a informação solicitada, ou ocorra qualquer tipo de prejuízo, terá a liberdade de retirar o consentimento, deixando de participar do estudo sem que lhe acarrete dano de suas atividades. Os dados coletados durante o estudo serão analisados e apresentados em uma dissertação e serão divulgados em congressos e publicações, com a garantia do seu anonimato. A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Se você concordar em participar do estudo, por favor, leia atentamente as instruções e os itens do questionário online, preencha-os em sua íntegra e faça o envio online do questionário. Se em algum momento você necessitar de maiores esclarecimentos relacionados à pesquisa, se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato no endereço abaixo citado. Sua participação é de suma importância para a continuidade deste trabalho! Contando com a sua valiosa colaboração, agradeço pelo empenho, atenção e tempo dispensados. Cordialmente,

Bruna Pereira Ricci Marini

Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional/ UFSCar

Telefone/E-mail:

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos-SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br.

Apêndice H: Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da segunda etapa.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA
OCUPACIONAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Retrato das práticas de Intervenção Precoce no estado de São Paulo” sob responsabilidade da mestrandia Bruna pereira Ricci Marini. O presente estudo tem por objetivo identificar as práticas desenvolvidas por serviços de Intervenção Precoce no estado de São Paulo. Este estudo não tem por finalidade a avaliação do serviço ou do profissional. Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa na participação não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Sua participação consistirá em responder a uma entrevista semiestruturada sobre a temática das práticas de Intervenção Precoce desenvolvidas neste serviço. As entrevistas serão realizadas presencialmente, gravadas e filmadas, para realização da transcrição dos dados coletados. Durante a coleta de dados, caso você sinta desconforto a pesquisa poderá ser interrompida e a pesquisadora estará presente para esclarecer eventuais dúvidas e dar suporte necessário. Apesar de o estudo envolver aplicação de entrevista, serão tomados todos os cuidados para garantir um tratamento ético. Uma cópia dos dados transcritos será enviada à você e será mantido seu anonimato. Os dados coletados durante o estudo serão analisados e apresentados em uma dissertação e serão divulgados por meio de congressos e publicações, com a garantia do seu anonimato. A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e a participação, agora ou em qualquer momento.

Bruna Pereira Ricci Marini
Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional/ UFSCar
Telefone/E-mail

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos-SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br.

_____ (nome da cidade) _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante

Apêndice I: Modelo de autorização enviado aos Secretários Municipais de Saúde.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA
OCUPACIONAL

**OFÍCIO
AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA.**

Prezado(a) Secretário(a),

Como pesquisadora responsável pelo Projeto de Mestrado intitulado “Retrato das práticas de Intervenção Precoce no estado de São Paulo”, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, venho solicitar sua autorização para a realização da presente pesquisa.

Esta pesquisa tem o objetivo de identificar as práticas desenvolvidas por serviços de Intervenção Precoce no estado de São Paulo. Seu município foi selecionado pela existência de um Centro Especializado de Reabilitação (Centro de Habilitação Infantil Princesa Vitória), o qual realiza atendimento a crianças na faixa etária entre zero e cinco anos.

A pesquisa será realizada com os profissionais da equipe e/ou serviço de Intervenção Precoce vinculados à essa Secretaria, podendo estes concordar ou não com a participação sem nenhuma implicação. Esta participação consistirá, a princípio, em preencher uma ficha online de caracterização da equipe na qual contarão dados demográficos dos participantes e dados relativos às ações desenvolvidas pela equipe. A equipe ainda poderá ser convidada a responder uma entrevista semiestruturada sobre a temática das práticas de Intervenção Precoce desenvolvidas. Sua participação é de suma importância para a continuidade deste trabalho. Contando com a sua valiosa colaboração, desde já agradeço a atenção.

Cordialmente,

Bruna Pereira Ricci Marini
Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional
Universidade Federal de São Carlos
Telefone:

Eu, _____, secretário(a) de saúde do município de _____ declaro que entendi os objetivos e autorizo a realização da pesquisa com os profissionais que concordarem em participar.

_____ (nome da cidade) _____ de _____ de 2016.

Assinatura do Secretário de Saúde

Apêndice J: Modelo de ofício de autorização enviado aos coordenadores dos serviços.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA
OCUPACIONAL

**OFÍCIO
AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA.**

Prezado(a) Diretor(a),

Como pesquisadora responsável pelo Projeto de Mestrado intitulado “Retrato das práticas de Intervenção Precoce no estado de São Paulo”, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, venho solicitar sua autorização para a realização da presente pesquisa.

Esta pesquisa tem o objetivo de identificar as práticas desenvolvidas por serviços de Intervenção Precoce no estado de São Paulo. Seu serviço foi selecionado por pertencer à um município que integra o Programa São Paulo pela Primeiríssima Infância, o que demonstra interesse por ações de atenção e cuidado à infância.

A pesquisa será realizada com os profissionais da equipe e/ou serviço de Intervenção Precoce sob sua coordenação, podendo estes concordar ou não com a participação sem nenhuma implicação. Esta participação consistirá, a princípio, em preencher um questionário online de caracterização do serviço no qual constarão dados demográficos dos profissionais e dados relativos às ações desenvolvidas pela equipe. A partir dessa primeira etapa, a equipe ainda poderá ser convidada a responder a uma entrevista semiestruturada sobre a temática das práticas de Intervenção Precoce desenvolvidas. É assegurado o anonimato da instituição e dos profissionais em todas as etapas da pesquisa.

Sua participação é de suma importância para a continuidade deste trabalho. Contando com a sua valiosa colaboração, desde já agradeço a atenção.

Cordialmente,

Bruna Pereira Ricci Marini
Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional
Universidade Federal de São Carlos

Telefone:

Eu, _____, diretor(a) do(a) _____ (nome do serviço), declaro que entendi os objetivos e autorizo a realização da pesquisa com os profissionais que concordarem em participar.

_____ (nome da cidade) _____ de _____ de 2016.

Assinatura do(a) Diretor(a)

ANEXOS

ANEXO A: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética (Página inicial)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Retrato das práticas de Intervenção Precoce no estado de São Paulo.

Pesquisador: Bruna Pereira Ricci Marini

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51999815.8.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.539.965

Apresentação do Projeto:

Introdução: A Intervenção Precoce constitui-se como uma importante ferramenta para prevenção, identificação e intervenção sobre condições que ofereçam riscos ao desenvolvimento infantil. Desde o surgimento dos primeiros programas na década de 60, ocorreram uma série de transformações conceituais e teóricas, as quais levaram de um modelo de práticas médicas hegemônicas e voltadas às especificidades das crianças a um modelo sistêmico, ecológico e centrado na família, considerado por muitos autores como determinante para o sucesso da intervenção. No entanto, estudos têm apontado uma discrepância entre as práticas preconizadas pela literatura e aquelas desenvolvidas pelos profissionais. No Brasil, parece existir um atendimento eminentemente centrado nas necessidades das crianças e que prioriza intervenções pautadas em suas problemáticas, além de uma literatura científica escassa acerca da temática. **Objetivo:** Identificar as práticas desenvolvidas por serviços de Intervenção Precoce no estado de São Paulo. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, a ser desenvolvido com equipes que desenvolvam ações em Intervenção Precoce. O estudo consistirá de duas etapas: 1) Identificação e Caracterização dos serviços e equipes de Intervenção Precoce 2) Estudo de caso com equipes que desenvolvam ações em Intervenção Precoce. Para coleta de dados serão utilizadas fichas online para caracterização dos serviços e dos profissionais de

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3361-0683

E-mail: cep@ufscar.br

ANEXO A (continuação): Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética (Página Final)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 1.539.885

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_600381.pdf	15/03/2016 17:51:11		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido_ETAPA_2.pdf	15/03/2016 17:49:56	Bruna Pereira Ricci Marini	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Etapa_1.pdf	15/03/2016 17:47:49	Bruna Pereira Ricci Marini	Aceito
Outros	solicitacao_de_reconsideracao.pdf	15/03/2016 17:47:05	Bruna Pereira Ricci Marini	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa.pdf	04/12/2015 15:06:22	Bruna Pereira Ricci Marini	Aceito
Outros	OA_Sao_Sebastiao.pdf	04/12/2015 15:01:27	Bruna Pereira Ricci Marini	Aceito
Outros	OA_Ribeirao_Bonito.pdf	04/12/2015 14:11:21	Bruna Pereira Ricci Marini	Aceito
Outros	Carta_de_apresentacao.pdf	04/12/2015 14:02:07	Bruna Pereira Ricci Marini	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	04/12/2015 11:29:07	Bruna Pereira Ricci Marini	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SÃO CARLOS, 11 de Maio de 2016

Assinado por:
Ricardo Carneiro Borra
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA
UF: SP Município: SÃO CARLOS
Telefone: (16)3361-9893

CEP: 13.505-908

E-mail: cep@ufscar.br