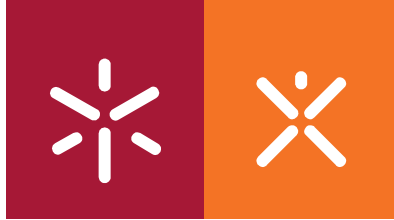




**Universidade do Minho**  
Instituto de Educação

Artur Nuno Sousa Rebelo Oliveira

**Identificação e Análise dos Projetos de  
Intervenção Precoce na NUT III Norte Ave**



**Universidade do Minho**  
Instituto de Educação

Artur Nuno Sousa Rebelo Oliveira

## **Identificação e Análise dos Projetos de Intervenção Precoce na NUT III Norte Ave**

Dissertação de Mestrado  
Mestrado em Educação Especial  
Área de Especialização em Intervenção Precoce

Trabalho realizado sob a orientação da  
**Professora Doutora Ana Maria Silva Pereira  
Henriques Serrano**

Outubro de 2011

**Nome:** Artur Nuno Sousa Rebelo Oliveira

**Endereço Eletrónico:** artur.psic1895@gmail.com

Telefone: **96 6599227**

**N.º Bilhete de Identidade:** 10306173

**Título da Tese de Mestrado:**

“Identificação e Análise dos Projetos de Intervenção Precoce na NUT III Norte Ave”

**Orientadora:**

Professora Doutora Ana Maria Silva Pereira Henriques Serrano

**Ano de Conclusão:** 2011

**Ramo de Conhecimento do Mestrado:**

Educação Especial, na área de Especialização em Intervenção Precoce

DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA TESE APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, 28 / 10 / 2011

Assinatura: \_\_\_\_\_

Este trabalho é dedicado

*Ao meu pai,  
in Memoriam, Abril 2007.*

*À minha querida esposa.*

*Ao Miguel e à Leonor.*



## AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar o meu mais sincero e profundo “*Obrigada*” a todos aqueles que, direta ou indiretamente, tornaram possível a realização deste trabalho.

À Professora Doutora Ana Maria Serrano pela confiança, disponibilidade, apoio, saber e rigor científico com que orientou este trabalho. Nela, encontrei sempre a palavra de encorajamento, o esclarecimento indispensável, a sugestão e, sobretudo, a atitude, que faz sentir acolhida, reconhecida e estimulada a nossa individualidade. Por tudo isto, estou-lhe profundamente grato e agradecido.

Gostaria de expressar afeto e respeito por todos os docentes do Mestrado, por tudo o que ensinaram, por todas as odisséias de experiência, pensamentos e conhecimentos científicos que já desbravaram e profundamente transmitiram. Especialmente aos professores doutores Luís Miranda Correia, Leandro de Almeida, Ana Paula Pereira e Anabela Cruz. Destaco, com especial apreço e reconhecimento, o afeto, amizade e incentivo da professora doutora Ana Paula Pereira desde que a conheci em 2003 quando abordou a instituição onde trabalho para a realização da sua investigação de Mestrado.

Ao professor doutor Leandro Almeida, o meu agradecimento pela forma singular e pronta com que sempre me respondeu e recebeu aquando das minhas dúvidas e incertezas em relação à metodologia de investigação e tratamento de dados.

Aos colegas Dr.<sup>a</sup> Eunice Cruz e Dr. Edgar Mesquita pela disponibilidade e simpatia que sempre manifestaram no esclarecimento das minhas dúvidas em torno do SPSS – tanto na criação das bases de dados como no tratamento e análise estatística dos dados.

Ao Professor Doutor Carl Dunst e à Winteberry Press pela autorização generosa para traduzir e adaptar a “The Family Centered Practices Scale” (Extended version), (Carl Dunst & Carol Trivette, 2004), Psychometric qualities of “The Family Centered Practices Scale” (Extended Version) (Carl Dunst & Carol Trivette, 2004) and “The Family Centered Practices Checklist” (Linda L. Wilson & Carl Dunst, 2005) nesta tese.

Ao Family, Infant and Preschool Program (FIPP) e à sua Diretora M<sup>l</sup> Lisa L Shelden (PT, PhD, Mlisa.shelden@dhhs.nc.gov) pela simpatia e interesse demonstrados no nosso trabalho, e pela autorização para traduzir e adaptar a “The Family Centered Practices Checklist” (Linda L. Wilson & Carl Dunst, 2005) e para utilizar os conceitos

Contextually Mediated Practices™ e CMP™ (Copyright © Center for the Advanced Study of Excellence in Early Childhood and Family Support Practices).

Às colegas e voluntárias que participaram na recolha de dados, à Adriana Lino, Catarina Freitas, Eunice Fernandes Cruz e Paula Brandão, pelo entusiasmo, diligência, voluntarismo e dedicação com que se envolveram neste projeto. À YUPI pela colaboração na angariação da voluntária que realizou as entrevistas em Vila Nova de Famalicão.

Às instituições, directores/coordenadores e profissionais que colaboraram neste estudo, pela disponibilidade e prontidão com que atenderam às nossas solicitações e pela forma acolhedora como nos receberam.

Ao Centro Infantil de Pevidém, em especial, ao amigo Dr. Constantino Martins por ceder as instalações para a realização de algumas das entrevistas de Guimarães e pela forma atenciosa como nos recebeu.

Aos pais e às mães e outros prestadores de cuidados que tornaram possível a realização desta investigação, o meu agradecimento pela forma generosa com que acederam a participar, o tempo despendido e o interesse demonstrado pelo nosso trabalho.

À Ana Durães, Amanda Fernandes, Maria Adelaide Faria, Maria José Carrizo, Pedro Rocha, e especialmente à Patrícia Rebelo, pelas excelentes revisões e traduções realizadas de inúmeros artigos e documentos que muito contribuíram para o desenvolvimento que teve a revisão da literatura. Agradecimento extensivo à Maria Trindade do Serviço de Intervenção Precoce da Cercimor, pela cedência das traduções de artigos de Robin McWilliam e de Carl Dunst e Colegas.

À minha família, particularmente à minha querida esposa, pela partilha de todos os momentos, pela enorme colaboração nas entrevistas e na introdução de dados, a compreensão e incentivo ao longo da realização deste Mestrado, mesmo nos momentos de maior desgaste e “alheamento”. À Leonor que começou a desenhar o pai nas nuvens de pernas para o ar, espero que com este produto possa compreender melhor as minhas ausências.

A todos, *Muito Obrigada!*

## RESUMO

Os objetivos deste estudo eram os de identificar e analisar o estado atual das práticas de intervenção precoce na infância na NUT III Norte Ave e tentar perceber até que ponto a prática desenvolvida se enquadra num modelo sistémico e bioecológico de prestação de serviços e naquelas que são, neste âmbito, as práticas recomendadas baseadas na evidência, sobretudo, o modelo de intervenção centrado na família e na comunidade.

Com este objetivo, desenvolveu-se uma investigação que utilizou um modelo misto de recolha de dados: quantitativo (escalas de registo ou de verificação de tipo likert) e qualitativo (entrevistas/questionários). Para o tratamento dos dados quantitativos recorremos a uma abordagem quasi-experimental e para a abordagem qualitativa foi utilizada a análise de conteúdo.

Famílias (n= 55), profissionais (n= 16) e coordenadores das equipas (n= 5), representando os serviços ou equipas dos Agrupamentos de Escolas Referência para a IPI e Instituições Particulares de Solidariedade Social, responderam aos diferentes instrumentos utilizados.

Foram encontradas concordâncias entre as perceções de coordenadores, profissionais e pais, bem como diferenças relativamente às práticas centradas na família nas seis componentes de intervenção precoce medidas. No seu conjunto, constatou-se que as práticas destes profissionais correspondem às principais características da componente relacional das práticas de ajuda centradas na família, mas têm lacunas no que diz respeito à componente participativa. Os aspetos identificados como mais problemáticos são: o envolvimento ativo das famílias, a utilização do Plano Individualizado de Intervenção Precoce, a mobilização e fortalecimento das redes de apoio social à família e a constituição de uma rede integrada de serviços e de recursos a funcionar na comunidade. Discutem-se as implicações para a intervenção precoce na infância, para a investigação de resultados e para uma pesquisa mais aprofundada.

Palavras-chave: intervenção precoce na infância, práticas centradas na família e na comunidade, contextos naturais, redes sociais de apoio, avaliação de programas.





## ABSTRACT

The purpose of this study is to identify and analyze the current state of early childhood intervention practices used in *NUT III Norte Ave* as well as to try to understand the extent to which the developed practice is in line with a systemic and bioecological model of service rendering and with recommended practices based on evidence, especially the family and community centered intervention model.

With this in mind, a research was developed using a mixed model of data collection: quantitative (recording or verification scales like *likert's*) and qualitative (interviews/questionnaires). For the processing of quantitative data, a quasi-experimental approach was used and for the qualitative approach, a content analysis.

Families (n=55), professionals (n=16) and team coordinators (n=5) representing services or teams from Schools Reference Groups to ECI and Private Social Solidarity Institutions have responded to the different instruments involved.

There is a prevailing agreement between coordinators, professionals and parents as well as differences concerning family centered practices in the six early intervention components evaluated. All combined, it is possible to see that the practices used by these professionals correspond to the relational component's main features of family support centered practices. Nevertheless, there are several gaps concerning the participatory component. The aspects identified as being the most problematic are as follows: the families' active involvement, the use of the Individualized Early Intervention Plan, the involvement and strengthening of family social support networks and the creation of an integrated network of services and resources working inside the community. There is an open debate about the implications to early childhood intervention and to a more in-depth research results.

**Key Words:** early childhood intervention, family and community centered practices, natural contexts, social support networks, programs evaluation.



## ÍNDICE

<b>DEDICATÓRIA .....</b>	<b>III</b>
<b>AGRADECIMENTOS .....</b>	<b>IV</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>VII</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>IX</b>
<b>ÍNDICE.....</b>	<b>XI</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>21</b>
<b>CAPÍTULO I – AS TEORIAS DO DESENVOLVIMENTO E A SUA INFLUÊNCIA NA IPI .....</b>	<b>27</b>
1. Introdução.....	27
2. Modelos teóricos relevantes nesta área de investigação-intervenção.....	27
2.1. O contributo de Bronfenbrenner e do seu modelo bioecológico .....	27
2.2. O contributo de Sameroff e do seu modelo transacional .....	35
2.3. O contributo de Wachs e do seu modelo de relação entre variáveis.....	40
3. A importância das perspetivas ecológicas .....	42
<b>CAPÍTULO II – INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA: ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....</b>	<b>45</b>
1. Introdução.....	45
2. Definição de intervenção precoce na infância.....	46
3. A importância da intervenção precoce na infância.....	48
4. Desenvolvimento cerebral precoce.....	50
5. Necessidades únicas dos bebés e crianças pequenas .....	51
6. Evolução das práticas .....	53
7. A intervenção precoce na infância em Portugal: breve perspetiva histórica.....	55
<b>CAPÍTULO III – PRÁTICAS RECOMENDADAS BASEADAS NA EVIDÊNCIA</b>	<b>59</b>
1. Práticas baseadas na evidência .....	59

2. Intervenção centrada na família e na comunidade.....	61
3. Ambientes de aprendizagem naturais e inclusivos .....	65
4. Trabalho de equipa .....	68
5. Coordenação e integração de serviços e apoios.....	70
6. Síntese.....	72

## **CAPÍTULO IV – PRINCIPAIS MODELOS DE INTERVENÇÃO EM IPI .....73**

1. O Modelo Desenvolvimental Sistémico .....	73
1.1. Despiste e sinalização .....	75
1.2. A avaliação da equipa interdisciplinar .....	76
1.2.1. A avaliação da família.....	77
1.3. Serviços .....	79
1.4. Transição .....	80
2. O Modelo Integrado de IPI.....	83
2.1. Apoio social .....	87
2.2. Modelo de intervenção baseado nos recursos .....	88
2.2.1. Fontes de apoio e recursos .....	90
2.2.2. Levantamento dos recursos na comunidade.....	91
2.2.3. Construção da capacidade da comunidade.....	91
2.3. Práticas mediadas pelo contexto - CMP™.....	92
2.3.1. Contextos de atividades diárias .....	93
2.3.2. Os interesses e as competências da criança.....	94
2.3.3. Aumento de oportunidades de aprendizagem .....	94
2.3.4. Aprendizagem diária da criança mediada pelos pais .....	95
2.3.5. Benefícios da CMP™ .....	96
3. O Modelo de Intervenção Centrado na Família nos Ambientes Naturais .....	96
3.1. A visita domiciliária.....	100

## **CAPÍTULO V – AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE IPI.....103**

1. Enquadramento .....	103
2. Questões gerais sobre a avaliação de programas.....	104
3. Situação em Portugal .....	114
4. Avaliação da satisfação das famílias .....	121
5. Principais desafios .....	124

**CAPÍTULO VI – ENQUADRAMENTO, OBJETIVOS E HIPÓTESES .....125**

**CAPÍTULO VII - MÉTODO .....129**

1. Participantes .....	129
1.1. Instituições .....	129
1.2. Caraterização dos pais.....	130
1.2.1. Caraterização das crianças .....	130
1.3. Profissionais .....	134
2. Instrumentos .....	135
2.1. Questionário de caraterização dos programas de IPI .....	136
2.2. Entrevista / questionário para pais .....	137
2.3. Questionário para profissionais.....	137
2.4. Escala de avaliação do apoio social à família .....	138
2.5. Escala de avaliação da satisfação das famílias em IP .....	140
2.6. Escala das práticas centradas na família .....	141
2.7. Checklist das práticas centradas na família.....	142
3. Procedimentos .....	142
4. Desenho do estudo.....	144

**CAPÍTULO VIII – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....145**

1. Encarregados de Educação/Pais .....	145
2. Resultados do questionário de caracterização geral dos programas de IPI.....	148
3. Resultados das entrevistas / questionários a pais: as práticas de IPI.....	154
4. Resultados dos questionários a profissionais .....	178
5. Resultados da Escala de Avaliação do Apoio social .....	198
6. Resultados da Escala de Avaliação da Satisfação das Famílias em IP.....	201
7. Resultados da escala de práticas centradas na família.....	202
8. Resultados da checklist de práticas centradas na família .....	203
9. Resultados para as hipóteses.....	204

**CAPÍTULO IX – DISCUSSÃO DE RESULTADOS, CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....215**

<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>225</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>249</b>
<b>ANEXO 1.....</b>	<b>251</b>
<b>ANEXO 2.....</b>	<b>253</b>
<b>ANEXO 3.....</b>	<b>259</b>
<b>ANEXO 4.....</b>	<b>267</b>
<b>ANEXO 5.....</b>	<b>271</b>
<b>ANEXO 6.....</b>	<b>273</b>
<b>ANEXO 7.....</b>	<b>277</b>
<b>ANEXO 8.....</b>	<b>279</b>
<b>ANEXO 9.....</b>	<b>281</b>
<b>ANEXO 10.....</b>	<b>283</b>
<b>ANEXO 11.....</b>	<b>285</b>
<b>ANEXO 12.....</b>	<b>287</b>
<b>ANEXO 13.....</b>	<b>289</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Interações entre sistemas. ....	29
<i>Figura 2.</i> Moldura concetual explicativa das PBE.....	60
<i>Figura 3.</i> Componentes essenciais do Modelo de Intervenção Precoce e Apoio à Família Integrado e Baseado na Evidência.....	83
<i>Figura 4.</i> Potenciais conexões entre as diferentes componentes do apoio social .....	88
<i>Figura 5.</i> As três principais componentes do Modelo de Práticas de Intervenção Baseadas em Recursos .....	90
<i>Figura 6.</i> Três fontes de aprendizagem diária da criança.....	92
<i>Figura 7.</i> As principais componentes do modelo das práticas mediadas pelo contexto™ para fornecer às crianças oportunidades de aprendizagem diárias baseadas no interesse .....	93
<i>Figura 8.</i> Modelo para uma Abordagem Baseada nas Rotinas .....	98
<i>Figura 9.</i> Níveis de satisfação distribuídos pelos diferentes domínios .....	201
<i>Figura 10.</i> Médias de níveis de satisfação dos pais por nível de escolaridade .....	204

## ÍNDICE DE QUADROS

<i>Quadro 1. Traços de Abordagens Contrastantes na Concetualização e Implementação de Intervenção Precoce</i> .....	54
<i>Quadro 2. Comparação entre a Legislação da IPI e da Educação Especial</i> .....	63
<i>Quadro 3. Fontes de Aprendizagem Diária da Criança no Contexto</i> .....	66
<i>Quadro 4. Responsabilidades do Gestor/Responsável de Caso</i> .....	71
<i>Quadro 5. Resultados de uma Coordenação de Serviços Eficiente</i> .....	71
<i>Quadro 6. Princípios da Transição</i> .....	81
<i>Quadro 7. Fundamentação do Quadro de Referência Integrado para a Prática da Intervenção Precoce e do Apoio à Família</i> .....	85
<i>Quadro 8. Corresponsabilização: Campos, Elementos-Chave e Tópicos</i> .....	86
<i>Quadro 9. Diferentes Aspetos das Práticas de Intervenção Precoce Baseadas nos Serviços e Baseadas nos Recursos</i> .....	89
<i>Quadro 9.1. Modelo FACINATE: Componentes e Práticas Sugeridas</i> .....	97
<i>Quadro 10. Blocos de Construção da Avaliação "Evaluating building blocks"</i> .....	108
<i>Quadro 11. Questões da Avaliação da Intervenção Precoce da Área 1: Avaliação de necessidades</i> .....	110
<i>Quadro 12. Questões da Avaliação da Intervenção Precoce da Área 2: Monitorização</i> .....	111
<i>Quadro 13. Questões da Avaliação da Intervenção Precoce da Área 3: Revisão da Qualidade e Clarificação do Programa</i> .....	112
<i>Quadro 14. Questões da avaliação da Intervenção Precoce da Área 4: Resultados</i> ..	113
<i>Quadro 15. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Sexo da Criança</i> .....	131
<i>Quadro 16. Mínimos, Máximos, Médias (M) e Desvios Padrão (DP) para a Idade Atual da Criança, Idade no Início do Apoio, Tempo de Apoio</i> .....	131
<i>Quadro 17. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Número de Irmãos</i> .....	132
<i>Quadro 18. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a Posição na Fratria</i> .....	132
<i>Quadro 19. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para as Dificuldades da Criança</i> .....	132
<i>Quadro 20. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Diagnóstico</i> .....	133
<i>Quadro 21. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a Situação Educativa</i>	



<i>Atua</i> .....	134
<i>Quadro 22. Sexo, Idade e Nível educativo</i> .....	135
<i>Quadro 23. Situação Profissional e Anos de Experiência</i> .....	135
<i>Quadro 24. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para as Habilitações Literárias dos Encarregados de Educação</i> .....	145
<i>Quadro 25. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a Situação Laboral perante o Trabalho</i> .....	146
<i>Quadro 26. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a Relação laboral.....</i>	146
<i>Quadro 27. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Domínio de Atividade</i> .	147
<i>Quadro 28. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Tempo de Espera para a Primeira Consulta ou Entrevista Profissionais.....</i>	147
<i>Quadro 29. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a Situação Familiar</i> .....	148
<i>Quadro 30. Tipo de Parcerias</i> .....	149
<i>Quadro 31. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Conhecimento do PIP</i> .	154
<i>Quadro 32. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Tempo de Espera para a Primeira Consulta ou Entrevista</i> .....	155
<i>Quadro 33. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para O que lhe foi Dito pelos Técnicos do PIP.....</i>	156
<i>Quadro 34. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para Houve ou Não Consulta sobre o Local de Apoio</i> .....	156
<i>Quadro 35. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para Houve ou Não Consulta acerca do Horário do Apoio.....</i>	156
<i>Quadro 36. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para Tipo de Trabalho que Gostava que fizessem com a sua Criança</i> .....	156
<i>Quadro 37. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para Aquilo que a Família se Sentia Disposta a Fazer com a Criança.....</i>	157
<i>Quadro 38. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para O que Considerava Mais Importante e Urgente Relativamente à sua Criança</i> .....	157
<i>Quadro 39. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para O que Considerava Mais Importante e Urgente Relativamente à sua Família</i> .....	157
<i>Quadro 40. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Número de Técnicos Presentes na Primeira Entrevista/Avaliação</i> .....	158
<i>Quadro 41. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Tipo de Avaliação</i> .....	158

<i>Quadro 42. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a Presença da Família na Avaliação</i> .....	159
<i>Quadro 43. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a Presença da Família na Avaliação</i> .....	159
<i>Quadro 44. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para Sabe que Profissão Tinham os Técnicos</i> .....	159
<i>Quadro 45. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para as Profissões dos Técnicos que Avaliaram</i> .....	160
<i>Quadro 46. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Local de Realização da Avaliação</i> .....	161
<i>Quadro 47. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Seu Filho voltou a ser Avaliado</i> .....	161
<i>Quadro 48. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Quanto Tempo Depois</i>	161
<i>Quadro 49. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para as Profissões dos Técnicos que Têm Avaliado</i> .....	162
<i>Quadro 50. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Conhecimento dos Resultados no Final da Avaliação</i> .....	163
<i>Quadro 51. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a Cópia do Relatório</i> .....	163
<i>Quadro 52. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para Como é que se Mantém Informada do Programa de Apoio do seu Filho(a)</i> .....	163
<i>Quadro 53. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a Periodicidade das Reuniões Periódicas</i> .....	164
<i>Quadro 54. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Número de Reuniões Formais por Ano Letivo</i> .....	165
<i>Quadro 55. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Tipo de Informação dada pelo PIP</i> .....	165
<i>Quadro 56. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para os Serviços Recebidos</i> .....	166
<i>Quadro 57. Frequências absolutas e relativas (%) para o número de serviços</i> .....	167
<i>Quadro 58. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a Periodicidade do Apoio</i>	167
<i>Quadro 59. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Local do Apoio</i> .....	168
<i>Quadro 60. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Conhecimento dos Objetivos para a Criança</i> .....	168
<i>Quadro 61. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a Discussão dos Objetivos com a Família</i> .....	168

<i>Quadro 62. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a Assinatura do Programa para a Criança e Família .....</i>	<i>169</i>
<i>Quadro 63. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a Cópia do Programa ....</i>	<i>169</i>
<i>Quadro 64. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Tipo de Trabalho realizado com a Família.....</i>	<i>169</i>
<i>Quadro 65. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Técnico Responsável de Caso do seu Filho(a) .....</i>	<i>170</i>
<i>Quadro 66. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para Já Houve Algum Trabalho a Nível Domiciliário .....</i>	<i>170</i>
<i>Quadro 67. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a Idade da Criança no Início do Apoio Domiciliário.....</i>	<i>171</i>
<i>Quadro 68. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a Idade da Criança no Fim do AD.....</i>	<i>171</i>
<i>Quadro 69. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a Periodicidade do AD ..</i>	<i>171</i>
<i>Quadro 70. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para Atualmente está a ser realizado algum AD.....</i>	<i>172</i>
<i>Quadro 71. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a Periodicidade do AD Realizado Atualmente .....</i>	<i>172</i>
<i>Quadro 72. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a Decisão sobre a Existência de AD .....</i>	<i>172</i>
<i>Quadro 73. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a Frequência de Creche ou Jardim de Infância.....</i>	<i>173</i>
<i>Quadro 74. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para as Pessoas que estão todos os Dias com o seu Filho(a) têm alguma Orientação dos Técnicos do PIP.....</i>	<i>173</i>
<i>Quadro 75. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a Periodicidade do Apoio em Creche ou Jardim de Infância.....</i>	<i>173</i>
<i>Quadro 76. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a IP ajudou a Família a tornar-se mais competente para Ajudar o seu Filho(a) a Crescer, Desenvolver-se e Aprender .....</i>	<i>174</i>
<i>Quadro 77. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para O PIP tem um Processo Individual.....</i>	<i>174</i>
<i>Quadro 78. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para Já Consultou esse Processo .....</i>	<i>174</i>
<i>Quadro 79. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para Se Não, Porquê? .....</i>	<i>175</i>

<i>Quadro 80. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para Perguntaram se podiam Partilhar com outros Técnicos as Informações que constam no Processo.....</i>	<i>175</i>
<i>Quadro 81. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Programa Adapta-se à Vida Familiar .....</i>	<i>175</i>
<i>Quadro 82. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Porque Sim.....</i>	<i>176</i>
<i>Quadro 83. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Porque Não .....</i>	<i>176</i>
<i>Quadro 84. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Programa Corresponde ao que Desejava para si e para o seu Filho(a) .....</i>	<i>176</i>
<i>Quadro 85. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Porque Sim.....</i>	<i>177</i>
<i>Quadro 86. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Porque Não .....</i>	<i>177</i>
<i>Quadro 87. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a IP ajudou a Família a tornar-se mais competente para Ajudar o seu Filho(a) a Crescer, Desenvolver-se e Aprender .....</i>	<i>178</i>
<i>Quadro 88. Categorias das Respostas e Exemplos de Referências para a Avaliação da Criança e Família.....</i>	<i>180</i>
<i>Quadro 89. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para A Família tem Acesso a uma Cópia .....</i>	<i>182</i>
<i>Quadro 90. Categorias das Respostas acerca de Como são Encontrados os Objetivos .....</i>	<i>183</i>
<i>Quadro 91. Categorias da Forma como é Avaliado o Programa.....</i>	<i>186</i>
<i>Quadro 92. Categorias acerca dos Aspetos Positivos e Dificuldades da Intervenção nos Contextos Naturais .....</i>	<i>188</i>
<i>Quadro 93. Categorias acerca dos Aspetos Positivos e Dificuldades da Intervenção nos Contextos Não Naturais (Sede das ELI/PIP) .....</i>	<i>188</i>
<i>Quadro 94. Exemplos de Referências acerca do Envolvimento no Processo de Apoio de Outros Profissionais que Intervêm na Criança e Família .....</i>	<i>192</i>
<i>Quadro 95. Categorias acerca dos Recursos da Comunidade Considerados ao Longo do Processo de Avaliação e Intervenção.....</i>	<i>193</i>
<i>Quadro 96. Distribuição das Referências enquadradas nas Categorias acerca dos Aspetos mais Importantes nas VD.....</i>	<i>194</i>
<i>Quadro 97. Exemplos de Referências para as Abordagens e Estratégias Usadas Com Mais Impacto nos Resultados da Criança e Família .....</i>	<i>197</i>
<i>Quadro 98. Mínimos, Máximos, Médias (M) e Desvios Padrão (DP) para os Totais das Subescalas da FSS.....</i>	<i>199</i>

<i>Quadro 99. Mínimos, Máximos, Médias (M) e Desvios Padrão (DP) para os Totais das Subescalas da EPCF</i> .....	202
<i>Quadro 100. Mínimos, Máximos, Médias (M) e Desvios Padrão (DP) para os Totais das Subescalas da CPCF</i> .....	203
<i>Quadro 101. Frequências absolutas (n), Média das Hierarquias e Estatística de Kruskall-Wallis para as diferenças entre Periodicidade de Reuniões para EPCF Atmosfera e Comunicação e EPCF Exigência e Participação</i> .....	204
<i>Quadro 102. Médias, Desvios Padrão (DP) e Teste T para a comparação entre apoios da rede formal e informal</i> .....	206
<i>Quadro 103. Frequências absolutas (n), Média das Hierarquias e Estatística de Kruskall-Wallis para as diferenças entre Local de intervenção REC para EPCF Atmosfera e Comunicação e EPCF Exigência e Participação</i> .....	207
<i>Quadro 104. Correlações de Pearson entre ESFIP, EAAS e EPCF</i> .....	282
<i>Quadro 105. Número de Indivíduos por categoria (n) Médias (M), Desvios Padrão DP), Teste F e Kruskall Wallis para a Comparação das Dimensões FSS por Categoria de Dificuldade</i> .....	209
<i>Quadro 106. Número de Indivíduos por categoria (n), Médias (M), Desvios Padrão DP), Teste F e Kruskall Wallis para a comparação das dimensões ESFIP por categoria de dificuldade</i> .....	210
<i>Quadro 107. Correlações de Pearson entre as Medidas da ESFIP e Idade Atual e no Início do Apoio da Criança e Periodicidade de Apoio Domiciliário</i> .....	211
<i>Quadro 108. Correlações de Spearman entre as Medidas da EPCF e CPCF e o Número de Serviços Prestado</i> .....	212
<i>Quadro 109. Número de Indivíduos por categoria (n), Médias (M), Desvios Padrão DP), Teste F e Kruskall Wallis para a Comparação das Dimensões ESFIP por Local de Apoio</i> .....	213
<i>Quadro 110. Correlações de Spearman entre as medidas da ESFIP e o Número de Serviços Prestados</i> .....	214

## INTRODUÇÃO

*“Só existe saber na invenção, na reinvenção, na busca inquieta, impaciente, permanente que os homens fazem do mundo, com o mundo e com os outros.”*

*Paulo Freire*

Hoje, mais do que nunca, a Intervenção Precoce na Infância (IPI) capta a atenção de diversos investigadores e profissionais que, direta ou indiretamente, se associam ao estudo desta temática contemporânea da Educação Especial. O termo Intervenção Precoce na Infância<sup>1</sup> (IPI) será utilizado para descrever os serviços e apoios prestados a crianças, desde o nascimento até aos 6 anos de idade, elegíveis para os serviços segundo o Decreto-Lei 291 de 2009 e suas famílias.

Na entrada no século XXI, após mais de 35 anos de intenso crescimento no campo da IPI, os contributos da teoria biopsicossocial do desenvolvimento (Bronfenbrenner & Morris, 1998; Sameroff, 2010) e da teoria unificada da prática (Odom & Wolery, 2003; Dunst, 2007; Guralnick, 2011; McWilliam, 2010) convergeram de forma muito especial num conjunto consensual de práticas baseadas na evidência e em valores.

A IPI abrange um conjunto de serviços, apoios e recursos, destinados às crianças com necessidades especiais<sup>2</sup> (NE) em idades precoces e pré-escolar e às suas famílias, no sentido de corresponder às necessidades específicas das primeiras e às necessidades das famílias no que se refere à promoção do desenvolvimento e aprendizagem das suas crianças (Dunst & Bruder, 2002). Assim, as famílias são as principais destinatárias do apoio oferecido, de modo a promover a sua capacitação e autonomia na promoção do desenvolvimento dos seus filhos.

Na revisão da literatura realizada identificamos três princípios ou componentes centrais que deverão servir de referência à prestação dos serviços de IPI: (1) a intervenção deve ser centrada na família e na comunidade; (2) a intervenção deve

---

<sup>1</sup> Early Childhood Intervention.

<sup>2</sup> O conceito “necessidades especiais” é utilizado referindo-se a crianças com necessidades educacionais, sociais, de saúde, de reabilitação, proteção e outros cuidados.

ocorrer nos ambientes de aprendizagem naturais da criança, basear-se nas atividades e utilizar práticas desenvolvimental e individualmente apropriadas, bem como numa perspectiva funcional em termos de aprendizagem, visando objetivos úteis à criança e à família e inseridos nos jogos e rotinas do dia a dia; (3) a intervenção deve basear-se na integração e coordenação de serviços e de recursos, no sentido de uma eficaz colaboração e articulação entre os diferentes profissionais e serviços envolvidos.

A filosofia centrada na família providencia a fundação para os programas e práticas de IPI. O enfoque na família, refere-se a um conjunto de crenças, valores e práticas para apoiar e fortalecer a capacidade da família em promover o desenvolvimento e a aprendizagem da criança (Dunst, 2002, 2007).

Este enfoque resulta da formulação das perspectivas ecológicas: o Modelo Transacional de Sameroff e Fiese (2000) e com o Modelo da Ecologia do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner (1977, 1979). Segundo o primeiro, a aplicação de um Modelo Transacional em IPI implica que os profissionais percebam que as características orgânicas das crianças podem ser modificadas por fatores ambientais, e vice-versa, nomeadamente pelas experiências fornecidas pelo contexto familiar e social. De acordo com o segundo modelo, as crianças e o ambiente são um processo de interdependência recíproca, deste modo, o trabalho desenvolvido na IPI não deverá se centrar exclusivamente na criança, mas examiná-la no seu contexto familiar e ambiental (Correia & Serrano, 1998).

Concetualmente a noção de intervenção precoce tem evoluído de uma abordagem centrada nos défices da criança, para perspectivas mais alargadas, que reconhecem outras influências que afetam o desenvolvimento e o comportamento. De facto, o desenvolvimento resulta da interação entre a criança e os contextos em que está inserida. Efetivamente, as perspectivas atuais em IPI, baseadas no modelo ecossistémico e transacional realçam o papel de diferentes contextos de vida das crianças e o seu impacto no desenvolvimento (Almeida, 2009a).

Em resultado destes contributos, nos últimos 40 anos assistiu-se a uma evolução de um modo linear de IPI de serviços – família – criança, característico da década de 70 nos Estados Unidos da América (EUA), para um modelo transacional serviços – família – criança – comunidade, que se começou a afirmar nos anos 90 (Bairrão, 1994, 2003; Correia & Serrano, 1998; Meisels & Shonkoff, 2000; Serrano, 2007; Serrano & Boavida, 2011). O primeiro, apesar das suas características inovadoras era, ainda centrado nos profissionais, com uma intervenção baseada nos serviços (recursos

formais), bem como focado nos défices da criança e na promoção das suas competências em situações estruturadas, enquanto que o segundo propõe uma intervenção centrada na família e na comunidade, partindo das forças e interesses da criança e da família e assente na promoção de competências da criança através das rotinas e jogos do dia a dia, no âmbito da família e comunidade, com base numa intervenção baseada nos recursos formais e informais (Almeida, 2009a; Bernheimer & Weisner, 2007; Dunst, 2007; McWilliam, 2010; Serrano, 2007; Serrano & Bento, 2004).

No entanto, o crescente enfoque na implementação de práticas recomendadas tem sido acompanhado por uma crescente consciencialização, quer do hiato entre a investigação e a prática, quer da ineficácia das estratégias tipicamente usadas para traduzir os resultados da investigação na prática diária (Bailey & Wolery, 2002a,b; Fey & Johnson, 1998 cit. in Campbell & Halbert, 2002; Dunst & Trivette, 2008; Guralnick, 2005b; Odom, 2009), pelo que, do estado da arte ao estado ideal ainda existe um caminho a percorrer.

Em Portugal, o atendimento a crianças com NE em idades precoces tem sido realizado por inúmeros profissionais e diferentes serviços. Existem poucos estudos que contemplem a avaliação e caracterização do que se passa no terreno. Os que existem salientam que as práticas de atendimento precoce não refletem a valorização das práticas recomendadas (Almeida, 2009a; Bairrão & Almeida, 2002; Carrapatoso, 2003, cit. in Pereira, 2009; Felgueiras, Carvalho, Almeida, Pereira, Breia, Jorge, & Fernandes, 2006; Fernandes, 2001, cit. in Pereira, 2009; Mota, 2000; Pimentel, 2005; Serrano, 2003; Veiga, 1995).

Estes resultados, a recente publicação do Decreto-Lei 281/99, e consequente criação do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), e os recentes acordos de cooperação realizados com muitos projetos ou serviços de IPI pelos três Ministérios envolvidos justificam a necessidade deste trabalho.

O trabalho que iremos apresentar tem como objetivo Identificar e Analisar os Projetos de Intervenção Precoce na NUT III Norte Ave<sup>3</sup>. Neste sentido esperamos que este trabalho possa servir de referência na análise das práticas desenvolvidas nesta NUT, contribuindo deste modo para uma melhor compreensão dos aspetos positivos e das fragilidades dessas práticas e, conseqüentemente, para a promoção da sua qualidade.

---

<sup>3</sup> Nomenclatura Comum das Unidades Territoriais Estatísticas – Decreto-Lei 244/2002 - o Ave é uma sub-região estatística portuguesa, parte da Região Norte; é constituída pelos 8 municípios do sul do Distrito de Braga - Vila Nova de Famalicão, Guimarães, Vizela, Fafe, Cabeceiras de Basto, Mondim de Basto, Póvoa do Lanhoso, Vieira do Minho.



Consideramos assim muito importante auscultar a opinião de coordenadores, profissionais e famílias/prestadores de cuidados acerca da forma como os serviços e apoios são prestados em IPI, no sentido de analisar e clarificar a implementação prática das recomendações baseadas na evidência realizadas por inúmeros investigadores e organizações profissionais.

As principais limitações desta investigação prendem-se com questões relacionadas com a falta de tempo e com eventuais dificuldades em encontrar nos horários das instituições, profissionais e investigador concordância para a realização das reuniões de preparação do estudo, bem como depois para as entrevistas com as famílias.

De forma a preservar o direito à privacidade que assiste a pessoas e instituições a sua identificação não será utilizada neste trabalho.

A presente dissertação sintetiza o trabalho desenvolvido para a prossecução do objetivo geral definido para esta investigação. Assim, após a introdução em que se clarifica o contexto teórico, social e prático deste estudo, apresentam-se os principais conteúdos analisados no decurso do processo de revisão de literatura sobre a intervenção precoce na infância. Na primeira parte, constituída por cinco capítulos, apresentamos o enquadramento teórico do trabalho e a revisão de literatura. Assim, no primeiro capítulo, apresentam-se as perspetivas teóricas que maior influência têm tido no campo da intervenção precoce na infância: as perspetivas bioecológica, transacional e da relação entre variáveis. Procurámos neste capítulo analisar as implicações que estes modelos analisados tiveram na prática da intervenção precoce em geral. No capítulo II, partindo das concetualizações e análise dos modelos teóricos e respetivos paradigmas que fundamentam e enquadram o tipo de práticas atualmente recomendadas na IPI, apresentamos um enquadramento da intervenção precoce na infância desde a definição e a importância da IPI até à evolução das práticas neste campo e uma breve perspetiva da intervenção precoce na infância em Portugal, passando pelos avanços na área do desenvolvimento cerebral precoce e pelas necessidades únicas dos bebés e crianças pequenas. No que se refere às práticas recomendadas baseadas na evidência, o processo de revisão de literatura (capítulo III) centrou-se no estado da arte relativamente aos pilares da IPI contemporânea: (1) intervenção centrada na família e na comunidade; (2) ambientes de aprendizagem naturais e na comunidade; (3) trabalho em equipa integrada por profissionais de diferentes disciplinas e serviços; (4) coordenação e integração de serviços e apoios. Valorizando processos de síntese e pretendendo contribuir para a efetiva legibilidade do presente trabalho de investigação, assume-se como objetivo

clarificar as influências conceituais, operacionais e empíricas que estão na base das opções de trabalho e não efetuar uma revisão de literatura profundamente exaustiva. Note-se que a investigação sobre as práticas baseadas na evidência é extensa, dificultando a realização de sínteses de dimensão objetivamente pragmática. Outro objetivo assumido no decurso do processo de revisão de literatura prende-se com uma preferência clara por referências diretas, utilizando citações indiretas apenas quando o acesso às fontes originais se revelou impossível ou particularmente difícil. No que diz respeito ao capítulo sobre a forma como evoluíram os conceitos e os modelos de intervenção precoce na infância (capítulo IV), daremos especial destaque aos modelos propostos por três autores: Modelo Desenvolvimental Sistémico para a Intervenção Precoce de Guralnick (2001, 2005b, 2011), o Modelo Integrado para a Intervenção Precoce e Apoio à Família de Dunst (Dunst, 2000b, 2005a) e o Modelo de Intervenção Centrado na Família nos Ambientes Naturais (McWilliam, 2010). O capítulo sobre a avaliação de programas de intervenção precoce debruçasse sobre quatro aspetos foram considerados essenciais: (1) questões gerais sobre a avaliação de programas; (2) a situação em Portugal; (3) avaliação da satisfação das famílias; e (4) principais desafios colocadas à investigação neste domínio. Nesta parte, salientamos o quadro de referência apropriado para a avaliação da intervenção precoce proposto por Warfield e Hauser-Cram (2005), bem como as conclusões de alguns estudos realizados no nosso país.

Em seguida, e com base na síntese do processo de revisão de literatura, foi possível identificar um conjunto de proposições-chave com base nas quais foram definidos os objetivos de trabalho e formuladas as hipóteses de investigação. Neste pequeno capítulo de enquadramento da investigação empírica (capítulo VI), procurou-se ainda explicitar o desenho da investigação, clarificando as associações esperadas entre as variáveis em estudo. O capítulo VII documenta as opções metodológicas adotadas no decorrer do presente projeto de investigação, fornecendo informação relevante acerca dos participantes, descrevendo os instrumentos utilizados e explicitando os procedimentos adotados no decurso dos processos de treino e obtenção de acordo interobservadores, recolha e análise de dados. A apresentação dos resultados obtidos (capítulo VIII) foi organizada de acordo com uma sequência de complexidade crescente, começando pelos resultados descritivos que permitiram a caracterização dos participantes em todas as variáveis relevantes, passando pelas associações entre as variáveis em estudo e terminando com os resultados que permitiram responder às principais hipóteses de investigação.

Finalmente, procedeu-se à discussão dos resultados obtidos (capítulo IX), clarificando a confirmação/infirmção das hipóteses de trabalho previamente formuladas. Neste processo integrador, os resultados de investigações prévias forneceram o necessário contexto de interpretação ao mesmo tempo que a identificação de limitações e mais-valias metodológicas e concetuais se revelou essencial à adoção de uma postura crítica em relação ao significado prático dos resultados obtidos.

## CAPÍTULO I

### **AS TEORIAS DO DESENVOLVIMENTO E A SUA INFLUÊNCIA NA IPI**

*“Nada há de tão prático como uma boa teoria.”*

*Kurt Lewin*

#### **1. Introdução**

A abordagem ecológica do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (1977, 1979) e a abordagem transacional de Sameroff e Fiese (2000) constituíram o quadro concetual de referência subjacente a este trabalho. Segundo estas abordagens, o desenvolvimento é compreendido como um produto contínuo de interações dinâmicas da criança com os contextos nos quais está inserida (Almeida, 2002). Assim, de acordo com estas perspectivas, esses contextos são tidos em conta ao nível da avaliação, da intervenção e da investigação em IPI (Bairrão, 1995).

#### **2. Modelos teóricos relevantes nesta área de investigação-intervenção**

##### **2.1. O contributo de Bronfenbrenner e do seu modelo bioecológico**

Um dos modelos de grande utilidade e aplicabilidade à IPI é, sem dúvida, a perspectiva ecológica do desenvolvimento humano de Urie Bronfenbrenner.

O referido autor apresenta em 1979 uma monografia, *Ecology of Human Development*, onde estabelece os pressupostos básicos da sua teoria ecológica. Esta teoria é posteriormente reformulada, refletindo a preocupação do autor com a perspectiva temporal/cronossistémica (Bronfenbrenner, 1986, 1989; Bronfenbrenner & Ceci, 1994; Bronfenbrenner & Morris, 1998).

Bronfenbrenner define a ecologia do desenvolvimento humano como o estudo científico da acomodação mútua e progressiva, ao longo do ciclo vital, entre um ser humano ativo e em constante crescimento e as propriedades dinâmicas dos cenários imediatos em que o indivíduo em desenvolvimento vive, sendo este processo influenciado pelas relações entre os cenários mais imediatos e os contextos mais vastos onde aqueles se inscrevem (Bronfenbrenner, 1989).

O modelo da ecologia do desenvolvimento de Bronfenbrenner operacionalizou esse pressuposto ao considerar a importância do “micro”, “meso”, “exo”, “macro” e “crono” sistemas no desenvolvimento do indivíduo: este autor propõe uma nova perspectiva teórica para a pesquisa sobre o desenvolvimento humano, no que diz respeito à concepção do desenvolvimento da pessoa, do meio e, em especial, da interação entre os dois (Bronfenbrenner, 1979, 1986).

Para o modelo ecológico, as experiências individuais constituem subsistemas que se encontram inseridos noutros sistemas, que também se inserem em sistemas mais gerais, *“como um conjunto de estruturas alinhadas, cada uma inserida na seguinte, tal e qual um conjunto de bonecas russas”* (Bronfenbrenner, 1979, p. 22).

Nesta ordem de ideias, o ambiente ecológico é, para este autor, como um conjunto de estruturas concêntricas, que encaixam umas nas outras e que se apresentam numa hierarquia de sistemas em quatro níveis estruturais, que se movem do mais próximo para o mais afastado. Organismo e meio são portanto aqui considerados como sistemas abertos, entendendo-se por meio não só o contexto imediato do sujeito mas antes um sistema de três níveis estruturais progressivamente englobantes (Bronfenbrenner, 1979). Esta hierarquia de sistemas analisa o ambiente em quatro níveis desde o micro ao macrosistema (Figura 1).

O microsistema ambiental é constituído pelo *“padrão de atividades, papéis e relações interpessoais experimentados por uma pessoa em desenvolvimento, num determinado contexto com características físicas e materiais específicas e contendo outras pessoas com características distintas de temperamento, personalidade e sistema de crenças”* (Bronfenbrenner, 1989, p. 226). Nesta ordem de ideias, os microsistemas constituem os cenários imediatos onde a criança se desenvolve, como a família, a creche ou o jardim de infância, a rua, o parque infantil, o bairro ou o grupo de amigos da vizinhança. As experiências que ocorrem em cada cenário fornecem um registo do microsistema e permitem obter algumas pistas para o futuro. *«A qualidade de um microsistema depende da sua capacidade para permitir e promover o desenvolvimento e da sua capacidade para fornecer um contexto emocionalmente válido e desenvolvimentalmente desafiador»* (Garbarino & Ganzel, 2000, p. 78).

Para Bronfenbrenner (1989) mudanças substanciais no meio ambiente da criança e seus principais educadores, podem produzir resultados positivos no desenvolvimento, consideravelmente maiores e mais duradouros que os alcançados pelas técnicas mais efetivas de intervenção.

Os mesossistemas envolvem as inter-relações entre os cenários nos quais o indivíduo participa ativamente. Relativamente à criança, um mesossistema será, por exemplo, as relações entre os pais e os profissionais dos cenários educativos (incluindo os da IPI) que vão afetar indiretamente o comportamento da criança. A importância e riqueza de um mesossistema são avaliadas pelo número e qualidade das suas inter-relações. Por outro lado, a investigação sugere que a força de um mesossistema que liga o cenário onde é desenvolvida uma intervenção, com o cenário onde o indivíduo passa a maior parte do tempo, é crucial para a eficácia a longo prazo dessa intervenção e para a manutenção dos seus efeitos (Whittaker, 1983, cit. in Garbarino & Ganzel, 2000).

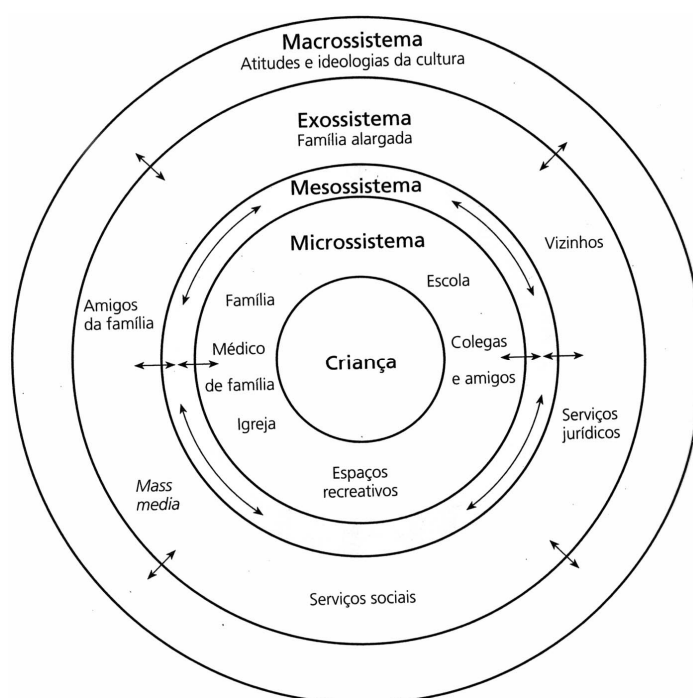


Figura 1. Interações entre sistemas<sup>4</sup>.

Assim, a noção de transição ecológica, que se inscreve dentro do mesossistema, tem inúmeras aplicações em IPI, pois permite estudar as mudanças de comportamento das crianças à medida que se movem de um cenário para outro.

Os exossistemas são cenários que influenciam o desenvolvimento da criança, mas nos quais ela não participa. Para a maior parte das crianças os exossistemas consistem nos ambientes que englobam recursos para a família em geral e para as crianças em particular (saúde, educação, segurança social). Bronfenbrenner chama a atenção para a

<sup>4</sup> Fonte: Correia, L. M. e Serrano, A. (Orgs.) (1998). *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce*, Porto: Porto Editora, p. 22. Adaptado de *The Child: Development in a Social Context*, edited by C. B. Kopp & J. B. Krakow. 1982, Addison-Wesley Publishing Co., Reading, Massachusetts, p. 648.

importância que o trabalho dos pais tem para o desenvolvimento da criança (Portugal, 1992). Considerando o princípio mesossistémico, segundo o qual o potencial de desenvolvimento de um cenário aumenta em função das ligações existentes entre esse cenário e outros, a interação dos pais com as crianças terá maior impacto, quanto mais numerosas forem as ligações de apoio entre a família e outros contextos externos. Segundo Bronfenbrenner (1979) é necessário investigar de que modo a relação pais-filhos é influenciada pelas condições de trabalho, pela existência ou disponibilidade de serviços de educação infantil satisfatórios ou pela existência de uma rede social informal, a nível da comunidade.

Finalmente, os macrossistemas constituem “*o conjunto das características do micro, meso e exossistemas de uma dada cultura, subcultura ou outro contexto social mais lato, com particular referência ao sistema de crenças, recursos, acasos, estilos de vida, oportunidades, opções de vida e padrões de troca social que estão embebidos em cada um desses sistemas. O macrossistema pode ser considerado como a marca social de uma cultura, subcultura ou um contexto social alargado específicos*” (Bronfenbrenner, 1989, p. 228). O macrossistema refere-se “*a uma organização geral do mundo tal como ele é e como poderá ser*” (Garbarino e Ganzel, 2000, p. 80).

Bronfenbrenner critica as investigações tradicionais que são realizadas ao nível do macrossistema, pois perpetuam o “status quo”: seleccionam e tratam diferentes contextos como dados adquiridos e não tanto como sistemas sociais dinâmicos susceptíveis de novas e significativas mudanças (Bronfenbrenner, 1977).

O autor propõe então uma «*transforming experiment*» que envolve uma reestruturação e alteração dos sistemas ecológicos (micro, meso e exossistema) de modo a produzir uma nova configuração ao nível macrossistémico, ativadora de potenciais comportamentos anteriormente não observáveis (Portugal, 1992).

Bronfenbrenner (1977, 1979), na linha de Lewin, Barker e Wright, propõe-se justamente proporcionar um modelo subjacente a uma investigação do desenvolvimento não *in vitro*, mas nos contextos naturais em que ele se processa; a teoria ecológica proposta por este autor concentra-se nalgumas definições, proposições e hipóteses, que descrevem e permitem fazer inferências acerca da acomodação recíproca e progressiva entre os seguintes componentes: um ser humano em crescimento; as propriedades em mudança dos cenários imediatos em que a pessoa vive; a forma como essa pessoa é afetada pelas relações entre cenários e pelos contextos mais vastos em que esses cenários se inscrevem.

Para o processo de desenvolvimento, Bronfenbrenner pressupõe como hipótese que aquele é facilitado pela interação da criança com muitas e variadas pessoas desempenhando uma vasta gama de papéis, que atuam no processo como agentes de estimulação e desafios às capacidades de adaptação social do organismo em desenvolvimento. O risco psicológico é portanto aumentado sempre que à criança não seja proporcionado uma multiplicidade de experiências sociais e ambientais de que depende o seu desenvolvimento, entendido no sentido da definição sete de Bronfenbrenner (1979): “*um meio ambiente em que os participantes têm papéis fixos e limitados é assim um meio ambiente de desenvolvimento pobre e de risco para a criança*” (p. 28).

A transição entre o cenário familiar e o cenário escolar (para a criança), ou entre o primeiro e o cenário laboral (para os adultos) introduz a questão da estrutura e dinâmica multi-cénica: a transição permanente de uns cenários para os outros e o estabelecimento de redes sociais entre esses cenários. Bronfenbrenner refere-se a todas as díades estabelecidas inter-cenários como díades de ligação (*linking dyad*) e sublinha o seu papel no processo de desenvolvimento pessoal e comunitário.

Essas ligações interpessoais transcénicas desempenham importantes funções de suporte no processo de desenvolvimento (Hipóteses 34 a 40), e não podem ser ignoradas numa abordagem ecológica de uma comunidade em desenvolvimento. Elas são em si mesmo, fatores e indicadores do grau e qualidade do desenvolvimento. A pobreza, a despersonalização da vida urbana e a ausência de elos de suporte transcénicos seriam, assim, um fator de risco para o processo de desenvolvimento.

Na sequência dos trabalhos da escola ecológica de Barker e Wright, vê-se até que ponto papéis e cenários comportamentais são realidades interdependentes, o que conduz ao que Bronfenbrenner designou como “*the basic tenet of the ecological approach*”.

Na sua obra de 1989, Bronfenbrenner dá-nos uma nova definição de desenvolvimento que considera ser: “*o conjunto de processos através dos quais as propriedades das pessoas e do ambiente interagem para produzir continuidade e mudança nas características da pessoa no decurso da vida*” (Bronfenbrenner, 1989, p. 191).

É neste mesmo trabalho que o autor apresenta detalhadamente o modelo Processo-Pessoa-Contexto, como uma forma de análise da psicologia do desenvolvimento que estuda de forma sistemática três domínios interdependentes: (a) o contexto no qual o desenvolvimento ocorre; (b) as características pessoais, biológicas ou psicológicas, das



peças presentes neste contexto; e (c) o processo através do qual o desenvolvimento toma lugar e que permite a análise das variações nos processos e produtos desenvolvimentais como função conjunta das características do contexto e da pessoa.

Como podemos ver, este autor começa a dar grande importância às características das pessoas, já que “*em vez de muita investigação em desenvolvimento fora do contexto temos agora muitos estudos em contexto sem desenvolvimento*” (Bronfenbrenner, 1986, p. 738).

Em 1998, no seguimento do trabalho de Bronfenbrenner e Ceci (1994), Bronfenbrenner e Morris apresentam-nos o modelo Bioecológico, que consideram ainda em elaboração e que assenta em alguns constructos interdependentes: Processo, Pessoa, Contexto e Tempo. O conceito de processo engloba as formas específicas de interação recíproca entre um organismo biopsicológico e as pessoas, objetos e símbolos do seu ambiente externo imediato a que os autores chamam processos proximais, que operam ao longo do tempo e que se presumem serem os mecanismos primários ou motores do desenvolvimento humano.

Como aspetos importantes para a compreensão do constructo de processos proximais, Bronfenbrenner e Morris (1998) salientam fundamentalmente três aspetos:

- Conceito de pessoa em atividade, devendo as atividades ocorrer em período progressivamente mais prolongados e assumir um grau de complexidade crescente, para que o desenvolvimento ocorra;
- Conceito de pessoa em interação regular com outros, inicialmente os pais, devendo outros adultos assumir um papel progressivamente mais significativo à medida que as crianças crescem;
- Conceito de interação com objetos do mundo físico que devem chamar à atenção e apelar para a exploração, manipulação, elaboração e imaginação.

Consideram que o poder dos processos proximais como motores do desenvolvimento, varia em função das características da pessoa, dos contextos ambientais e dos períodos de tempo em que esses processos ocorrem.

No que respeita à pessoa, consideram a existência de três características, que se combinam de diferentes formas e que podem influenciar o desenvolvimento por afetarem a direção e o poder dos processos proximais:

- As disposições, que podem pôr em marcha os processos proximais num domínio de desenvolvimento específico;

- Os recursos bioecológicos de capacidade, experiência, conhecimento e competência, requeridos para um funcionamento eficaz dos processos proximais num determinado nível de desenvolvimento;
- Finalmente as exigências que encorajam ou desencorajam reações por parte do mundo social, reações essas que podem favorecer ou não os processos proximais.

Relativamente ao contexto, neste modelo bioecológico dá-se particular atenção às características do ambiente que favorecem ou interferem com os processos proximais, não só relativamente à interação com pessoas mas também com objetos. Como já salientamos, Bronfenbrenner dá particular atenção às condições de instabilidade e caos que caracterizam muitos dos ambientes do microsistema da sociedade ocidental dos nossos dias.

Finalmente, a questão do tempo é referida com detalhe, introduzindo-se pela primeira vez as noções de micro, meso e macro-tempo:

- Micro-tempo refere-se à continuidade/descontinuidade no âmbito dos episódios dos processos proximais;
- O Meso-tempo refere-se à periodicidade desses episódios, em intervalos temporais mais alargados, como dias ou semanas;
- O Macro-tempo refere-se às mudanças que ocorrem na sociedade em geral, quer no que se refere a acontecimentos concretos quer a expectativas, quer na mesma geração quer em gerações sucessivas e que afetam e são afetadas pelo desenvolvimento humano ao longo da vida.

Neste modelo o desenvolvimento individual é influenciado pelo tempo histórico e também pelo tempo momento a momento, dia a dia, no qual os processos proximais ocorrem. Duas proposições definem as propriedades do modelo:

- Proposição I - O desenvolvimento envolve uma atividade interativa recíproca que ocorre numa base regular, ao longo de um período suficientemente extenso, de forma a que essa atividade se torne progressivamente mais complexa entre um organismo biopsicológico ativo e as pessoas, objetos e símbolos no seu ambiente imediato.
- Proposição II – A forma, poder, conteúdo e direção dos processos proximais que influenciam o desenvolvimento variam sistematicamente como uma função conjunta das características da pessoa que se envolve, do ambiente – quer imediato quer remoto – no qual os processos ocorrem, da natureza dos resultados

desenvolvimentais e das continuidades e mudanças sociais ao longo do tempo histórico.

Assim, os mesmos autores afirmam que a combinação das características da criança, numa estrutura única, é responsável e pode explicar as diferenças da forma, do poder, do conteúdo e da direção pela qual os processos particulares de interação (processos proximais) que envolvem as pessoas, os objetos e os símbolos, afetam o seu desenvolvimento, mas não exclusivamente. Também as características do meio, quer imediato quer remoto, no qual os processos interativos ocorrem, a natureza dos resultados desenvolvimentais e as mudanças e continuidades sociais que ocorrem ao longo do ciclo vital e durante o período histórico vivido pela pessoa, determinam a influência dos processos proximais no desenvolvimento.

Desenvolvimento é agora definido como “*estabilidade e mudança nas características biopsicológicas dos seres humanos ao longo da vida e ao longo das gerações*” (op. cit., p. 995), quer estas mudanças sejam para o melhor ou para o pior, quer haja ou não continuidade nessas características. Muitas destas características são baseadas em fatores biológicos que influenciam os processos proximais e o próprio desenvolvimento. Este modelo assenta no pressuposto que os fatores biológicos não só impõem limites ao desenvolvimento humano, mas também requerem condições desenvolvimentais para que o potencial humano seja atualizado. Daí o termo modelo bioecológico para o definir.

Antes de passarmos ao próximo ponto, caberá uma palavra de justificação da incidência da nossa atenção sobre esta perspetiva, dado o “cenário ambiental” em que esta dissertação se enquadra (não o tomar em consideração seria contraditório).

Estes conceitos sistémicos do desenvolvimento parecem-nos fundamentais para o trabalho a desenvolver na IPI, já que realçam a importância de não nos centrarmos exclusivamente na criança, mas também examiná-la no seu contexto familiar e ambiental (compreensão da ecologia da família), bem como a importância da promoção de oportunidades de aprendizagem em contexto natural. A abordagem dos principais problemas passa pela sua inclusão numa problemática mais vasta e que é designada por esquemas de referência dos sistemas gerais ou ecológicos. Como referimos num trabalho anterior (Oliveira, 1998), a melhoria da qualidade de vida passa também pela transformação dos ecossistemas psicossociais.

Neste sentido defendemos um modelo desenvolvimental - ecológico da intervenção precoce na infância.

## 2.2. O contributo de Sameroff e do seu modelo transacional

Ao expor o modelo transacional, Sameroff (1975, 1983) faz uma revisão da teoria geral dos sistemas de Von Bertalanffy (1968) realçando a importância de distinguir entre sistemas fechados - estruturas específicas cujas operações são redutíveis a alguns princípios básicos - e sistemas abertos - estruturas que mantêm a sua organização apesar da troca entre as suas várias partes e o ambiente. Considera que "*o desenvolvimento envolve a interação autodirigida das crianças com os seus ambientes e a mudança progressiva da organização do comportamento em função da experiência*" (Sameroff, 1983, p. 264).

Assim, o desenvolvimento dependeria de: (a) características biológicas que estruturam as formas como o ambiente é experienciado pela criança; (b) estruturas sociais e técnicas da cultura em que esta se insere; e (c) características psicológicas da criança encaradas como resultantes da relação entre as características biológicas e as estruturas sociais.

Laszlo (1972, referido por Sameroff, 1983) considera que os sistemas têm quatro propriedades: totalidade e ordem, auto-estabilização adaptativa, auto-organização adaptativa e hierarquias sistémicas. A estas, Sameroff acrescenta uma quinta propriedade - a transacional - que pressupõe que o organismo introduz alterações no seu ambiente pelo próprio funcionamento, criando situações adaptativas novas que, por sua vez, vão exigir novas mudanças ao organismo.

Sameroff (1983) apresenta este modelo contextualista como uma visão que abrange aspectos dos modelos mecanicistas e organísmicos. Segundo ele, a visão contextual não substitui, mas antes vem acrescentar algo aos dois modelos anteriores e a teoria geral dos sistemas fornece um modelo que os combina: "*Cada sistema existe no contexto de relações hierárquicas e relações com o ambiente. A análise das interfaces hierárquicas combina elementos organísmicos e mecanicistas*" (op. cit. p. 273).

O modelo transacional enfatiza o facto de que a criança e os vários prestadores de cuidados se influenciam mutuamente ao longo do tempo. "*Para este modelo a família é a componente essencial do ambiente em que a criança se desenvolve, a qual influencia e é influenciada pela criança num processo contínuo e dinâmico, resultando em aspetos diferenciados para a família e para a criança em cada momento da interação que se estabelece entre eles*" (Simeonsson & Bailey, 1990, cit. in Correia & Serrano, 1998, p. 18).

Desafiando o paradigma do contínuo da causalidade reprodutiva (*continuum of reproductive casualty*) gerado na sequência do modelo maturacionista de Gesell, propõem um novo paradigma, contínuo da causalidade de prestação de cuidados (*continuum of caretaking casualty*), através do qual descrevem os efeitos dos fatores familiares, sociais e ambientais no desenvolvimento humano, no quadro do modelo transacional. Não negando que causalidades reprodutivas podem ter um papel desencadeador de determinados problemas, estes autores acreditam que a forma como o ambiente físico e social vai lidar com a situação é, em última análise, o que determina a situação final.

Numa formulação posterior do modelo transacional, Sameroff e Fiese (2000) clarificam as relações estreitas entre a criança e o contexto, referindo:

*"No modelo transacional, o desenvolvimento da criança é visto como o produto das interações contínuas e dinâmicas da criança e da experiência providenciada pela sua família e contexto social. O que é inovador no modelo transacional é a igual ênfase posta nos efeitos da criança e do ambiente, de tal forma que as experiências proporcionadas pelo ambiente não são encaradas como independentes da criança. A criança pode ter sido um forte determinante das experiências atuais, mas o desenvolvimento não pode ser sistematicamente descrito sem uma análise dos efeitos do ambiente na criança"* (op. cit., p. 142).

Assim, o resultado desenvolvimental num momento determinado de tempo, não é uma consequência nem do estado inicial da criança, nem do estado inicial do contexto ambiental, mas sim o resultado de uma complexa inter-relação entre ambos ao longo do tempo. A criança e ambiente são conceptualizados em interdependência e em interação constantes (Bailey, 1992)

A adoção do modelo transacional implica aceitar por um lado que os fatores do ambiente podem modificar falhas biologicamente determinadas e, por outro, que há vulnerabilidades desenvolvimentais que têm uma etiologia ambiental (Meisels & Shonkoff, 2000), o que se torna de extrema importância no trabalho com crianças em situação de risco ou com necessidades especiais.

No âmbito deste modelo, Sameroff e Fiese (2000) realçam a importância dos processos de regulação entre a criança, a família e os sistemas culturais, que devem ser

analisados na sua dimensão temporal, objetivos, níveis de representação e contribuições específicas da criança.

Consideram três níveis nos processos de regulação em constante interdependência:

- Macroregulações que marcam mudanças "cruciais" na experiência e continuam por um período alargado de tempo, sendo fundamentalmente determinadas por fatores culturais;
- Miniregulações que se desenvolvem no contexto familiar e são fundamentalmente atividades de rotina, que se repetem numa base diária;
- Microregulações que são interações momentâneas automáticas e inconscientes entre a criança e o adulto que dela cuida.

No que respeita à IPI, este modelo transacional tem consequências importantes, nomeadamente na identificação de objetivos e estratégias de intervenção: "*As mudanças no comportamento são o resultado de uma série de trocas entre indivíduos no âmbito de um sistema partilhado, seguindo princípios reguladores específicos (...) Examinando as forças e fraquezas do sistema regulador, podem ser identificados objetivos que minimizam a amplitude da intervenção e maximizam a sua eficiência*" (op. cit., p. 149).

Os autores identificam três tipos de estratégias de intervenção:

- A *remediação* que se destina a introduzir modificação na criança com a ocorrência de eventuais modificações nos pais e que tem como principal objetivo a adequação da criança a competências parentais pré-existentes, que seriam adequadas se a criança tivesse as respostas apropriadas;
- A *redefinição* que está indicada quando os códigos familiares não enquadram nem aceitam o comportamento da criança e tem como principal objetivo a facilitação de interações parentais mais adequadas, atuando no contexto da experiência presente e não relativamente a acontecimentos do passado, implicando que os pais conseguem identificar áreas de funcionamento normal;
- A *reeducação* que se refere ao ensino dos pais e está indicada quando estes não têm as competências parentais básicas para regular o comportamento do seu filho e o comportamento parental adequado não fizer parte do seu repertório.

Os três "R" da intervenção têm grande importância para a IPI. Tomando como exemplo uma criança com problemas orgânicos, Sameroff e Fiese (2000) referem que a estratégia da remediação teria como objetivo primordial alterar as condições orgânicas da criança, o que permitiria que a criança se tornasse mais competente para provocar comportamentos de prestação de cuidados por parte dos pais. A estratégia de

redefinição teria como objetivo mudar a forma como os pais percebem o comportamento da criança, focando a sua atenção para as características positivas do seu filho, permitindo assim uma interação mais adequada. Finalmente a estratégia da reeducação teria como objetivo modificar os comportamentos dos pais relativamente à criança, através do ensino de técnicas específicas adequadas às características de cada criança.

Em 1985, Sameroff, referido por Sameroff e Fiese (2000) introduz o conceito de mesotipo. À semelhança do genotipo que regula o desenvolvimento físico de cada criança, o mesotipo, através da família e da organização social em que a mesma está inserida, regula a forma como cada indivíduo se insere na sociedade. Através de códigos culturais, familiares e de cada um dos progenitores estabelece-se uma regulação cognitiva, social e emocional que vai atuar e influenciar o desenvolvimento e comportamento de cada criança. Assim, poderá dizer-se que num dado momento "*o comportamento da criança é o produto de transações entre o fenotipo, isto é, a criança, o mesotipo, isto é, a fonte de experiência externa, e o genotipo, isto é, a fonte de organização biológica*" (op. cit., 2000, p. 143).

Segundo os mesmos autores, a investigação numa perspetiva transacional deve assim dar atenção ao estudo de:

- Códigos culturais, que determinam, numa determinada cultura, a organização do sistema de socialização e educação das crianças;
- Códigos familiares, que regulam o desenvolvimento de cada elemento da família para que cada um desempenhe o papel que lhe foi atribuído no seio dessa mesma família, sendo essa regulação feita através dos rituais, histórias, mitos e paradigmas de cada família;
- Códigos individuais de cada um dos progenitores que estão relacionados com as regulações dentro da sua própria família de origem e que influenciam as respostas de cada um à criança, regulando assim o comportamento desta.

Recentemente Sameroff (2010) sugere uma perspetiva dialética que enfatiza a inter-relação do indivíduo e do contexto para interpretar a evolução da ciência do desenvolvimento da mesma forma que a que é necessária para explicar o desenvolvimento de cada criança.

Para este autor, a ciência contemporânea do desenvolvimento requer pelo menos quatro modelos para entender o desenvolvimento humano: o da mudança pessoal, o contextual, o do processo e o representacional.

É preciso o modelo de mudança pessoal para entender a progressão das competências da infância para a frente, o que nas palavras de Sameroff: *“requer desembrulhar a complexidade variável do indivíduo desde o funcionamento sensório-motor da infância até níveis cognitivos cada vez mais intrincados; desde as primeiras ligações com alguns prestadores de cuidados até às relações com os colegas, professores, e outras pessoas fora do ambiente escolar e do lar; e desde a diferenciação primária do próprio ser e dos outros até às multifacetadas identidades pessoais e culturais da adolescência e da idade adulta* (op. cit., p. 12).

O modelo contextual é necessário para delinear as múltiplas fontes da experiência que aumentam ou constroem o desenvolvimento individual. A criança em crescimento está cada vez mais envolvida numa variedade de ambientes e instituições sociais que têm um impacto direto ou indireto, como exemplificado na visão da ecologia social de Bronfenbrenner (1977, 1979).

O modelo do processo adiciona uma perspectiva dinâmica dos sistemas à relação entre a pessoa e o contexto. Durante o desenvolvimento inicial, o processo humano vai do essencialmente biológico até ao psicológico e social. O que começa como sendo o processo da temperatura, ansia e excitação torna-se cedo num processo de atenção, comportamento e interações sociais.

O último é o modelo representacional onde às experiências do mundo do aqui e do agora de um indivíduo lhe é dada uma existência eterna no pensamento. Estas representações são as estruturas cognitivas onde a experiência é codificada em níveis abstratos que fornecem uma estrutura interpretativa para novas experiências, assim como um sentido do próprio ser e dos outros. *“A combinação destes quatro modelos oferece uma visão compreensiva das múltiplas partes do todo e dos seus processos de conexão que compreendem o desenvolvimento humano”* (op. cit., p. 12).

Sameroff termina este artigo salientando que *“em relação ao que temos aprendido sobre o biológico e a experiência<sup>5</sup>, o desafio futuro não é encontrar novos argumentos para um ou para outro, mas criar um modelo de desenvolvimento onde os avanços no estudo, tanto do individual como do contexto, são esperados e desejados. Propus esta teoria biopsicossocial unificada do desenvolvimento na esperança de que seja útil para a pesquisa futura sobre o desenvolvimento humano”* (Sameroff, 2010, p. 20).

---

<sup>5</sup> Costuma traduzir-se esta dicotomia, hoje ultrapassada, por “hereditariedade versus meio”; optei por traduzir por “biologia vs experiência”, também podia traduzir por “natureza e educação”.



A aplicação de um modelo transacional em IPI implica que os profissionais compreendam o impacto desta estrutura interpretativa de modo a entender os problemas como produtos de experiências e percepções dos intervenientes, ao longo do tempo (Bailey, 1992; Sameroff & Fiese, 2000).

### **2.3. O contributo de Wachs para a compreensão da variabilidade individual no desenvolvimento**

Assim, o modelo bioecológico (Bronfenbrenner & Morris, 1998) e a perspetiva transacional (Sameroff & Fiese, 2000) do desenvolvimento humano realçam o papel complementar das características da criança e dos fatores ambientais ao determinarem, de forma independente, os resultados desenvolvimentais. Inspirado em Bronfenbrenner e Sameroff, Wachs (2000) afirma que esta influência mútua organismo-meio atua através de mecanismos de co-variância ao longo do tempo, envolvendo processos bidirecionais transacionais, e refere a necessidade de princípios explicativos multinível no estudo do desenvolvimento. No sentido de tentar compreender a etiologia da variabilidade individual do desenvolvimento humano, este autor propõe uma linha de análise que consiste na identificação dos múltiplos tipos de influências e que envolve duas grandes classes de determinantes: uma que abrange de fatores distais a fatores proximais e outra englobando desde fatores biológicos a fatores culturais. Wachs (2000) afirma que os múltiplos níveis da estrutura ambiental, já descritos por Bronfenbrenner, podem influenciar o funcionamento dos processos proximais de duas maneiras: (a) características contextuais de um nível mais elevado podem influenciar a natureza do processo proximal – nomeadamente, diversos estudos têm demonstrado que fatores macro e exossistémicos de stress económico e social podem influenciar as características dos pais (e. g., irritabilidade, relações do casal), que por sua vez influenciam as relações pais-crianças e que finalmente vão ter um efeito na variabilidade de comportamento da criança; (b) a estrutura hierárquica do ambiente também permite a atuação de processos de moderação, através dos quais o impacto de influências do microssistema é acentuado ou atenuado em função de influências proximais de outros níveis do ambiente (e. g., o grau de incongruência entre o que a escola exige da criança e os padrões de comportamento que são ensinados à criança pelos seus pais). Ao referir a natureza transacional dos processos proximais, Wachs (2000) sublinha que a influência das características individuais no ambiente próximo subsequente tem uma natureza probabilística. Conclui, assim, que as influências ambientais proximais são necessárias

mas não suficientes e que os processos ambientais proximais devem ser vistos como fazendo parte de um sistema complexo, com diversos níveis.

De forma a compreender o papel destas múltiplas influências na variabilidade individual, há que considerar, em simultâneo os três níveis do modelo teórico de relação entre variáveis proposto por Wachs: (a) as influências individuais que atravessam diferentes áreas: evolutivas e ecológicas; genéticas, neuronais e hormonais; biomédicas e nutricionais; fenotípicas; ambientais proximais e distais; (b) processos de nível médio (“*midlevelprocesses*”) que se referem a mecanismos que são comuns a influências desenvolvimentais específicas de diferentes níveis e funcionam num nível intermédio entre influências específicas de um domínio (e.g., genético, neuronal, ambiental ...) e princípios gerais dos sistemas e que são fundamentais quando se pretende planificar uma intervenção. Wachs (2000) realça a necessidade de, antes da intervenção, especificar os objetivos da intervenção, bem como as estratégias específicas mais apropriadas para atingir esses objetivos e, para ilustrar este conceito de processos de nível médio, utiliza os diferentes tipos de intervenção psicossocial descritos por Sameroff – remediação, redefinição e reeducação (cf., Sameroff & Fiese, 2000); (c) sistema de influências – assume que os múltiplos determinantes, ao atuarem em conjunto, formam um sistema. A aplicação de propriedades gerais dos sistemas permite uma melhor compreensão dos processos desenvolvimentais e constitui um enquadramento para investigações nesta área.

Esta conceitualização vai de encontro ao modelo proposto por Tietze (1986, cit. in Pinto, Grande, Novais, Rosário, & Barbieri, 2009), e que operacionaliza as relações entre variáveis de diferentes níveis, suscetíveis de influenciar o desenvolvimento da criança.

Wachs (2000) enuncia ainda princípios que devem ser considerados como enquadramento para a elaboração de estratégias empíricas de avaliação-intervenção, nomeadamente: (a) a necessidade de se utilizarem estratégias de intervenção baseadas nos efeitos de influências desenvolvimentais múltiplas, (b) a necessidade de adequar estratégias de avaliação e de intervenção às diferentes culturas, condições de risco, resultados e indivíduos com diferentes características individuais sistémicas e c) a necessidade de uma intervenção que tenha uma continuidade ao longo do tempo, de forma a maximizar as oportunidades de existirem ganhos a longo prazo.

Para o campo da IPI estes conceitos são muito importantes pois o desenvolvimento não é o resultado de variáveis ou fatores isolados. A partir de um

quadro de referência em que a variabilidade individual é uma consequência necessária de interações complexas entre influências múltiplas, Wachs (2000) sugere princípios para a avaliação e intervenção dos quais destacamos alguns.

Wachs (2000) enuncia ainda princípios que devem ser considerados como enquadramento para a elaboração de estratégias empíricas de avaliação-intervenção, nomeadamente: (a) a necessidade de se utilizarem estratégias de intervenção baseadas nos efeitos de influências desenvolvimentais múltiplas, (b) a necessidade de adequar estratégias de avaliação e de intervenção às diferentes culturas, condições de risco, resultados e indivíduos com diferentes características individuais sistêmicas e c) a necessidade de uma intervenção que tenha uma continuidade ao longo do tempo, de forma a maximizar as oportunidades de existirem ganhos a longo prazo.

Assim, o enfoque da avaliação e da intervenção deve ser multi e não unidimensional. Segundo Wachs, se aceitarmos o pressuposto de que uma criança exposta a um fator de risco, muito provavelmente, estará exposta a outros fatores de risco, uma implicação crítica é a necessidade de avaliar o padrão de fatores de risco em covariação para uma determinada criança antes de planear uma intervenção. Para o autor, ocorre uma maior previsão quando fatores de risco e fatores protetores múltiplos são considerados conjuntamente, em vez de isoladamente. Wachs também salienta a necessidade de se incluir o contexto nas estratégias de avaliação e intervenção. Assim, refere que é importante observar o funcionamento das crianças numa variedade de situações microcontextuais de forma a identificar os nichos facilitadores ou não do desenvolvimento subsequente da criança.

Segundo o autor, uma intervenção com base nestes princípios, ao ter em conta a multiplicidade dos processos envolvidos no desenvolvimento, será mais eficaz, generalizável e terá efeitos mais duráveis.

#### **2.4. A importância das perspetivas ecológicas**

O papel da interação criança-meio no desenvolvimento é hoje um dado irrefutável, abrindo espaço a uma teoria unificada do desenvolvimento (Sameroff, 2010) integradora dos diferentes contributos das abordagens apresentadas.

Segundo Felgueiras (2009), os avanços na compreensão do desenvolvimento humano ao longo da vida e no reconhecimento do papel crucial do meio envolvente no desenvolvimento e comportamento da criança, resultantes dos progressos da investigação no campo das ciências sociais e humanas, bem como, das ciências

biológicas (genética, neurociências, etc.), estão bem patentes nas teorias ecológicas, na teoria bioecológica do desenvolvimento humano e nas teorias transacionais que fundamentam a natureza interativa dos processos biológicos e ambientais e sustentam uma visão holística do ser humano (Bronfenbrenner, 1979, 1989, 2005; Bronfenbrenner & Ceci, 1994; Bronfenbrenner & Morris, 1998; Sameroff, 1975, 1983, 2010; Sameroff & Fiese, 2000). Tais avanços têm contribuído para uma progressiva reconcetualização dos modelos de compreensão e explicação da incapacidade e da funcionalidade humana e, subsequentemente, para a reorientação de políticas, medidas e linhas de atuação neste campo.

Como podemos analisar ao longo deste primeiro capítulo, as perspectivas desenvolvimentais sistêmicas de Bronfenbrenner, Sameroff e de Wachs permitem a integração de determinantes de múltiplos níveis de análise em diferentes resultados desenvolvimentais, sendo igualmente úteis na operacionalização, tanto desses determinantes, como dos processos em que esses determinantes estão envolvidos. Neste sentido, os pressupostos e conceitos-chave destas abordagens desenvolvimental-sistêmicas constituíram um enquadramento geral útil na investigação apresentada no presente trabalho.

O modelo transacional traz para a IPI as bases teóricas para a compreensão da gênese dos problemas do desenvolvimento e para uma intervenção a diferentes níveis, lançando um desafio importante aos profissionais que procuram eficazmente melhorar a vida de crianças e famílias que encontraram a IPI no seu percurso de vida. Segundo Correia e Serrano (1994), *“Para a área de intervenção precoce, a aceitação deste modelo significa que as características orgânicas podem ser modificadas por fatores ambientais e vice-versa, e torna-se importante em termos de intervenção, não só de análise das características, mas a análise dos processos que mantêm essas características através das interações bidimensionais entre o organismo e o ambiente”* (p. 86).

Garbarino e Ganzel (2000) consideram que a perspectiva ecológica tem contribuído para a formulação, avaliação e compreensão da intervenção, constituindo um mapa social que nos orienta face à complexidade da programação na medida em que possibilita uma visão global dos problemas que afectam as crianças, inspirando estratégias de intervenção diversificadas. Ao assumir-se uma perspectiva ecológica torna-se necessário considerar as dimensões micro, meso, exo e macrossistêmicas, quer a nível do estudo dos fenómenos desenvolvimentais, quer a nível das intervenções.

Esta perspectiva, na sua aplicação à IPI, permite, assim, enfatizar o estudo dos processos de desenvolvimento em contexto, a noção englobante e transacional do desenvolvimento e a interligação de contextos e cenários que se influenciam reciprocamente. Face a tais concepções do desenvolvimento, facilmente compreendemos que substanciam o modelo prático da intervenção centrada na família e baseada nas rotinas e nos ambientes naturais. Um pressuposto importante nos princípios enumerados por Bronfenbrenner é que o desenvolvimento ocorre durante e através das interações recíprocas que a criança estabelece com as pessoas que lhe são mais significativas e que ocorrem numa base regular, alargada e progressivamente mais complexas (Bronfenbrenner, 2005). Numa perspectiva ecológica, a intervenção só será eficaz se atingir uma adequação entre o meio eco-cultural e o contexto de cada família individual.

Segundo Bairrão e Almeida (2003, p. 16), tanto o modelo de Bronfenbrenner como o de Sameroff, e ainda as contribuições de Wachs “vão ligar-se de perto com os aspetos de fundo da prática da intervenção precoce, desde a compreensão da ecologia da família, à elaboração de planos de intervenção ou à inclusão das intervenções educativas ou terapias em contextos naturais”.

Várias investigações e estudos têm vindo a alicerçar e estruturar o conceito, os programas e os serviços de IPI. Estes contributos revelam-se importantes para o desempenho de um trabalho apurado, sério e que perspetive, acima de tudo, o bem-estar das crianças envolvidas e das suas famílias.

Estão assim traçados os antecedentes teóricos que contribuíram para que a IPI se confronte hoje com uma mudança concetual que abre caminho a um paradigma ecológico unificador. No capítulo seguinte veremos de que forma evoluíram os conceitos e modelos em intervenção precoce na infância e como muitos destes pressupostos ecológicos se encontram nos modelos de intervenção em que nos situamos.

## CAPÍTULO II

### ***INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA: ENQUADRAMENTO CONCETUAL***

*“Se podemos permanecer em pé, é porque alguém nos levantou. Se, como adultos, podemos reivindicar competência e compaixão, só significa que outros seres humanos estiveram dispostos e foram capazes de entregar-nos a sua competência e compaixão – ao longo da primeira infância, infância e adolescência, até a este mesmo momento.”*

*Urie Bronfenbrenner (1917 - 2005)*

#### **1. Introdução**

Os contributos das perspetivas teóricas, que acabamos de descrever no capítulo anterior, e a forma como as ciências humanas e as ciências da saúde têm vindo a progredir e a serem envolvidas nos últimos anos, assim como as mudanças sociais, tiveram uma influência direta nos conceitos e nos métodos presentemente utilizados na intervenção precoce na infância. As suas contribuições foram duplas: (1) construíram um novo conceito de IPI, no qual as ciências da saúde, a psicologia, as ciências da educação e as ciências sociais se encontram diretamente envolvidas, o que corresponde a uma situação diferente da do passado, quando estas ciências tinham impactos relativamente diferentes e nem sempre inter-relacionados (Bruder, 2010a; European Agency for Development in Special Needs Education [EADSNE], 2005, 2010); (2) realçaram os avanços na mudança de uma intervenção essencialmente focalizada na criança, para uma abordagem cada vez mais ampla, na qual o enfoque já não é apenas orientado para a criança mas também para a família e comunidade (Blackman, 2002; Bruder, 2000a, 2010a; Correia & Serrano, 1998; Dunst, 2007; Guralnick, 2008, 2011; Serrano & Boavida, 2011).

Decorrente de todas estas contribuições, a IPI concetualiza a criança e a família como a unidade de intervenção. Assim, para a criança o enfoque será na promoção e integração social e na participação social dos pares, enquanto para a família o foco estará no reforçar do sistema social de apoio alargado com o apoio dos prestadores de

serviços (Simeonsson, Pereira, & Scarborough, 2003; Serrano, 2007). Reconhece-se a importância de envolver as famílias na intervenção, e que esta deve assumir uma forma cada vez mais personalizada e eficaz de promoção do funcionamento e do desenvolvimento da criança, bem como a sua integração comunitária (Guralnick, 2005a, 2011).

Neste capítulo, depois de nos centrarmos no conceito e na importância da intervenção precoce na infância, vamos dar uma muito breve panorâmica desta evolução, e no final, vamos resumidamente analisar a situação da IPI em Portugal.

## **2. Definição de Intervenção Precoce na Infância**

A IPI pode ser definida como um grupo de apoios, serviços e programas para as crianças pequenas e famílias que necessitam de apoio para promover um desenvolvimento adequado (Blackman, 2002; McCollum, 2002). Estes serviços podem incluir: (a) programas de desenvolvimento cognitivo, emocional, social e motor; e (b) sistemas de apoio desenvolvidos para apoiar as famílias a identificar e desenvolver as necessidades dos seus filhos(as) (Blackman, 2002; Dunst & Bruder, 2002; Trivette, Dunst, & Hamby, 2010).

De acordo com a opinião da EADSNE (2005, p. 17), reafirmada no relatório de 2010, a IPI em termos operacionais 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 da 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.*”

A intervenção precoce também é definida como um sistema que procura apoiar os padrões de interação familiar que melhor promovam o desenvolvimento da criança (Guralnick, 2005b).

O Workgroup on Principles and Practices in Natural Environments<sup>6</sup> (WPPNE, 2007a) definiu que a missão da IPI edifica-se e providencia apoio e recursos para ajudar os membros da família e cuidadores a melhorar o desenvolvimento e aprendizagem das crianças ao longo das oportunidades de aprendizagem diárias.

---

<sup>6</sup> Workgroup on Principles and Practices in Natural Environments: Susan Addision, Betsy Ayankoya, Mary Beth Bruder, Carl Dunst, Larry Edelman, Andy Gomm, Barbara Hanft, John Hoffman, Cori Hill, Joicey Hurth, Grace Kelley, Anne Lucas, Robin McWilliam, Stephanie Moss, Lynda Pletcher, Dathan Rush, M’Lisa Shelden, Mary Steenberg, Judy Swett, Nora Thompson, Julianne Woods, and Naomi Younggren.

Recentemente, Dunst (2007) propôs uma definição de intervenção precoce (na infância) centrada no seguinte:

*A intervenção precoce na infância é definida como as experiências e oportunidades oferecidas aos bebês e crianças (e pré-escolares) com deficiências pelos seus pais e outros prestadores de cuidados primários (incluindo os prestadores de serviços), com o objetivo de promover a aquisição e uso de competências comportamentais das crianças para modificar e influenciar as suas interações pro-sociais com pessoas e objetos (p. 162).*

Apesar da existência de um conjunto diversificado de definições atualizadas (WPPNE, 2007a; Dunst, 2007; Dunst, Raab, Trivette, & Swanson, 2010; Guralnick, 2005b, 2011; Meisels & Shonkoff, 2000; Trivette, Dunst, & Deal, 1997), definir IPI, hoje, é definir formas de intervenção prestadas por estruturas e redes de apoio formais e informais, inter e transdisciplinares, coordenadas e integradas, dirigidas às famílias de crianças em idades entre os 0 e os 6 anos de idade, com NE ou em risco, pressupondo-se que venham a ter um impacto direto e indireto sobre o funcionamento dos prestadores de cuidados, da família e da criança (Almeida, 2009a; Bairrão & Almeida, 2002; EADSNE, 2010; Pereira, 2009).

Assim, a IPI inclui todo o tipo de atividades, oportunidades e procedimentos destinados a promover o desenvolvimento e aprendizagem da criança, assim como o conjunto de oportunidades para que as famílias possam promover esse mesmo desenvolvimento e aprendizagem (Bruder, 2010a; Bruder & Dunst, 1999; Dunst, 2007; Dunst & Bruder, 2002; Dunst, Bruder, Trivette, & Hamby, 2006; McWilliam, 2010; Shonkoff & Philipps, 2000).

Nesta perspectiva, torna-se, portanto, fundamental que os objetivos da IPI, a nível de um qualquer contexto comunitário, se centrem, no essencial, em garantir a criação e o desenvolvimento de redes coordenadas de apoio formal e informal locais, conducentes a uma melhoria do “*bem-estar da unidade familiar, nuclear e alargada, promovendo o desenvolvimento da criança e respondendo às preocupações e necessidades da família através de um processo de capacitação e fortalecimento progressivo com vista à sua melhor adaptação e inserção social*” (Bairrão & Almeida, 2002, p.12).



### 3. A importância da intervenção precoce na infância

Apenas no século XXI a IPI atingiu a maturidade, impulsionada por uma evidência científica (Shonkoff & Phillips, 2000) e económica (Heckman, 2010; Knudsen, Heckman, Cameron, & Shonkoff, 2006), as crianças pequenas estão a tornar-se rapidamente numa área em que o foco de interesse aumenta, não só em disciplinas tradicionalmente associadas com o desenvolvimento infantil (ex. saúde e educação) mas também de uma forma crescente na agenda política internacional (EADSNE, 2010; Shonkoff, & Bales, 2011).

Devido ao argumento económico para investir em capital humano, apontando para um desenvolvimento nacional sustentável (Heckman, 2000), estes objetivos anti-pobreza foram instrumento para um aumento de investimento nos programas direcionados à primeira infância e foram construídos a partir do conceito das oportunidades e vulnerabilidades no desenvolvimento entre a nascença e os 6 anos de idade. A premissa que está por detrás é a de que *“as crianças são a pedra de toque de uma sociedade saudável e sustentável”* (Shonkoff & Philipps, 2000) e que a IPI na vida das crianças pode fazer uma enorme diferença e tem um efeito cumulativo muito forte.

A urgência de intervir precocemente encontra a sua génese no conhecimento de que *“o potencial do desenvolvimento e do comportamento não são fixos à nascença por um conjunto de fatores genéticos, nem são limitados por períodos críticos para além dos quais se torna impossível qualquer mudança”* (Meisels & Shonkoff, 2000, p. 21). Neste sentido, os primeiros anos de vida e as suas experiências constituem *“uma janela única de oportunidade para alterar as trajetórias de desenvolvimento das crianças”* (Guralnick, 2005a, p. 314).

Além disso, mais de 50 anos de pesquisa apoiam a importância e a eficácia da intervenção em bebés e crianças pequenas com NE (Gallagher, 2000; Guralnick, 2008; Trohanis, 2008; cit. in Bruder, 2010a).

Em primeiro lugar, os programas de IPI são mais efetivos quando começam cedo, daí que a idade da criança no início do apoio seja apontado como um indicador importante da eficácia dos programas (Blackman, 2002; Corsello, 2005; Guralnick, 2005a; Ramey & Ramey, 1998; Woods & Wetherby, 2003). Quanto mais cedo uma criança for identificada como tendo um atraso de desenvolvimento ou NE, maior é a probabilidade de que a criança beneficie das estratégias de intervenção desenhadas para compensar as necessidades da criança (ex. Guralnick, 2005b).

Em segundo, quando providenciam vários serviços ao mesmo tempo – intensidade, quantidade e qualidade de serviços e apoios (Guralnick, 1998; McCollum, 2002; Ramey & Ramey, 1998).

Em terceiro, quando envolvem a família, que beneficia do apoio que lhes é prestado através do processo de intervenção (Blackman, 2002; Dunst, 2007; Guralnick, 1998, 2005b; McCollum, Gooler, Appl, & Yates, 2001; Mahoney, Kaiser, Girolametto, MacDonald, Robinson, Safford, & Spiker, 1999; McCollum, 2002; Odom & Wolery, 2003; Shonkoff & Hauser-Cram, 1987; Shonkoff & Phillips, 2000; Ramey & Ramey, 2003; Webster, Feiler, & Webster, 2003).

Em quarto quando providenciam programas muito bem estruturados com medição frequente da obtenção dos objetivos, o uso regular dos dados da avaliação da criança e o controlo e modificação da instrução, podem incrementar a eficácia e os resultados positivos (Beatson & Prelock, 2002; Shonkoff & Hauser-Cram, 1987; Wolraich, Gurwitch, Bruder, & Knight, 2005).

Por fim, em quinto, as escolas e comunidades beneficiam de uma redução dos custos porque algumas crianças que beneficiaram de apoios de IPI não vão necessitar de serviços de educação especial e as crianças chegam à escola prontas para aprender (Carta & Kong, 2007).

Ainda que alguns estudos tenham tido limitações metodológicas (ex. heterogeneidade da população, falta de grupos de controlo, medidas de resultados estreitamente definidas, inadequação das medidas padronizadas de inteligência para a população), os dados recolhidos até agora demonstram que a aprendizagem e o desenvolvimento infantil podem ser afetados pela intervenção num número de domínios de desenvolvimento e subpopulações de crianças (Guralnick, 2005a). À medida que a sociedade se tornou mais consciente da importância do período desde o nascimento até aos 6 anos, os modelos, programas e serviços da intervenção precoce na infância têm-se tornado num direito esperado por famílias de crianças com NE (Bruder, 2010a).

Esta proposta é apoiada pela investigação, que refere que os investimentos realizados ao nível da intervenção precoce têm benefícios a longo prazo, que não se restringem apenas à qualidade das crianças apoiadas, mas englobam, igualmente, reduções significativas de gastos a longo prazo ao nível da educação especial, de serviços de reabilitação e de institucionalizações. Nos EUA os programas de IPI são normalmente justificados com base em análises custo-benefício positivas que mostram antecipadamente ganhos económicos e poupanças que a nação pode usufruir em vez de

melhorar a capacidade de leitura/alfabetização e promover uma performance tardia na escola e no trabalho (Center on the Developing Child at Harvard University [CDCHU], 2007; Heckman, 2000; Knudsen, et al., 2006). A IPI deve ser perspectivada enquanto um investimento no futuro das nossas nações (Grant, 2005, cit. in Pereira, 2009).

#### **4. Desenvolvimento cerebral precoce**

O reconhecimento da importância do desenvolvimento do cérebro nos primeiros anos de vida tem levado à expansão de programas de IPI em crianças muito pequenas com NE ou em risco de atraso de desenvolvimento em todo o mundo. As pesquisas recentes de desenvolvimento do cérebro sugerem uma base biológica plausível para a intervenção precoce na infância (CDCHU, 2011; National Scientific Council on the Developing Child [NSCDC], 2007, 2008; Nelson, 2000; Shonkoff & Bales, 2011; Shonkoff & Philipps, 2000). No entanto, as práticas de intervenção específicas devem ser julgadas pela sua eficácia, efetividade e justificação do custo. A intervenção precoce tem feito mudanças importantes ao enfatizar a competência social da criança e o papel essencial da família e da comunidade (Blackman, 2002).

A evolução do conhecimento no domínio do desenvolvimento do cérebro realçou o efeito da experiência precoce no aumento e estabelecimento de ligações neuronais (Nelson, 2000; Shonkoff & Marschall, 2000). Shonkoff (2000) considera que são verdadeiros períodos críticos aqueles que correspondem a aquisições relacionadas com as áreas sensoriais.

Segundo Park & Peterson (2003, cit. in EADSNE, 2005), a investigação recente sobre o desenvolvimento do cérebro parece provar que as experiências positivas e ricas durante os primeiros anos da infância podem ter efeitos positivos no desenvolvimento do cérebro, ajudando as crianças na aquisição da linguagem, a desenvolver competências na resolução de problemas, a estabelecer relações saudáveis com os pares e adultos e a adquirir diferentes competências de grande importância ao longo da vida. Desde o nascimento, ou mesmo desde a concepção, até aos primeiros anos de vida, a forma como a criança se desenvolve não pode ser comparada com outro qualquer estágio posterior da vida (Shonkoff, 2000). Mas, como sublinha este autor, o desenvolvimento pode ser seriamente comprometido por “alterações” sociais e emocionais. Diferentes investigações e debates referem o impacto direto e irreversível do desenvolvimento precoce sobre o desenvolvimento ao longo da vida sem prova evidente de uma fixa e rígida relação de causa-efeito. Todavia, é aceite que aquilo que

acontece durante os primeiros meses e nos primeiros anos de vida tem um efeito posterior aos diferentes níveis do desenvolvimento da criança:

*“Não importa saber por que razões a lesão precoce é irreversível, por que razões as oportunidades em falta não podem ser conseguidas mais tarde, ou ainda por que razão os primeiros anos de vida estabelecem uma marca indelével, condicionando a vida adulta: a lesão precoce pode ser reversível, algumas oportunidades perdidas podem ser conseguidas mais tarde e as consequências no adulto não têm inexoravelmente origem nas experiências de infância. Mais precisamente, os primeiros anos de vida são importantes na medida em que a lesão precoce pode comprometer seriamente as perspetivas de vida das crianças. Compensar oportunidades perdidas requer, muitas vezes, uma intervenção contínua e mais tardia no ciclo de vida. Os trajetos precoces determinam um estádio forte ou um estádio frágil sobre o qual o desenvolvimento subsequente é construído”* (Shonkoff & Phillips, 2000, p. 384).

## **5. Necessidades únicas dos bebês e crianças pequenas**

O campo da ciência do desenvolvimento identificou três requisitos para que bebês e crianças aprendam e se desenvolvam. Eles precisam de: (a) participação ativa; (b) aprendizagem contextualizada (as crianças pequenas não generalizam bem); (c) experiências que melhorem o desenvolvimento; e (d) oportunidades cada vez mais complexas de interação e aprendizagem (apenas o suficiente por ser novo, mas que pode vir a ser descoberto) (Bronfenbrenner, 1989; Bronfenbrenner & Ceci, 1994; Dunst, 2000b; McWilliam, 2000a, 2001; McWilliam & Bailey, 1992; Shonkoff & Phillips, 2000).

As crianças pequenas aprendem através da repetição de interações com o seu ambiente, ao longo do tempo. Não aprendem em “experiências massificadas” ou em aulas intensivas. É por isto que a intervenção precoce não é como a escola ou como as sessões de psicólogo para as crianças mais velhas. Como é esta a forma como as crianças aprendem, a aprendizagem ocorre durante o dia de quem quer que seja que está a cuidar da criança (McWilliam, 2001).

Por exemplo, os bebês e as crianças pequenas desenvolvem-se e aprendem no contexto familiar e esta necessidade requer que os serviços e apoios tenham como objetivo as famílias e suas crianças (Bruder, 2000a, 2001; Dunst, 2000b). Uma segunda

necessidade para este grupo etário reflete a curta duração de atenção e estilo de aprendizagem ativo da maioria dos bebês e crianças pequenas. Isto limita a sua tolerância a intensivas intervenções de tempo isoladas, episódicas e estruturadas. Como resultado, as intervenções efetivas devem evoluir a partir das prioridades familiares para as rotinas e atividades diárias da criança (Bruder, 2001; Dunst, 2007). Uma última necessidade refere-se à natureza dos processos de desenvolvimento primários: a emergência e convergência de vários patamares de desenvolvimento através de domínios de comportamento distintos (ex. comunicação e mobilidade) enquanto a criança cresce e se desenvolve. O que torna necessária uma prestação de serviços que focalize a integração dos domínios de desenvolvimento e comportamento, principalmente através da abordagem de uma equipa de profissionais de disciplinas específicas, que têm o conhecimento e perícia para transcenderem domínios de comportamento tradicionais (Hanson & Bruder, 2001).

Para os bebês e crianças com atrasos, perturbações do desenvolvimento ou condições de risco, estes requisitos ainda permanecem. Shonkoff e Phillips (2000) resumem,

*“Todas as estratégias de intervenção, sem importar o grupo alvo ou os resultados desejados, podem derivar de teorias normativas do desenvolvimento da criança. Quer dizer, os princípios gerais do desenvolvimento se aplicam a todas as crianças, independentemente da sua variabilidade biológica ou da variedade de ambientes em que vivem (p. 341).*

A criação de experiências de qualidade ocorre geralmente de forma bastante natural ao longo das interações diárias com pessoas e objetos na comunidade da criança. Para crianças com ou em risco de desenvolver atrasos ou perturbações do desenvolvimento, é possível criar interações positivas em sintonia com as características de aprendizagem únicas da criança, mas podem ser mais difíceis de identificar sem apoio especializado.

*Em última análise, todas as habilidades e comportamentos manifestados dentro dos limites estabelecidos pela investidura constitucional, e todas as crianças (incluindo aquelas com perturbações de desenvolvimento) são preparadas biologicamente para evidenciar uma adaptação positiva. Assim, todas as intervenções eficazes “funcionam” apoiando essas tendências de auto-alinhamento (op cit., p. 397).*

Este conceito foi usado num estudo de Dunst, Bruder, Trivette, Hamby, Raab e McLean (2001) que incluiu 63 pais de crianças pequenas que participaram entre 19 a 26 semanas de intervenção onde foram identificadas estratégias para fomentar a participação em atividades nas rotinas diárias. Os resultados verificaram que os pais reportaram que os seus filhos realizaram mais progressos do que esperavam quando as atividades eram interessantes e quando foi possível praticar competências emergentes. Este estudo sugere que os profissionais devem certificar-se de que as crianças já estão interessadas, ou estão a interessar-se em aprender novas competências e de que têm múltiplas oportunidades para a prática de novas competências (Dunst, Bruder, et al., 2001).

Desta forma, o dever da IPI é maximizar a aprendizagem da criança pela (1) aplicação de estratégias de intervenção individualizadas às oportunidades de aprendizagem disponíveis nas atividades diárias, e (2) pelo apoio às famílias na utilização eficaz das estratégias de intervenção durante as atividades diárias, conhecidas como “acompanhamento familiar,” que proporcionam ocasiões múltiplas para a prática e a generalização (Bailey, 2001; Bailey, McWilliam, Darkes, Hebbeler, Simeonsson, Spiker, & Wagner, 1998; Bruder, 2000a; Dunst, 2000b; McWilliam, 2000a).

Assim, o trabalho dos técnicos de intervenção precoce é o de assegurar que esses prestadores de cuidados que estão regularmente com a criança, tal como os pais e outros prestadores de cuidados infantis, estejam na posse da informação, do encorajamento e dos materiais para tirar partido das oportunidades de aprendizagem que têm lugar ao longo de todo o dia, onde quer que a criança esteja (McWilliam, 2001).

## **6. Evolução das práticas**

Ao longo destas quatro décadas de evolução de conceitos e modelos, as práticas no campo da intervenção precoce na infância tiveram mudanças consideráveis. Em resposta à mudança social e à evolução dos serviços, o campo da intervenção precoce na infância tem evoluído rapidamente e um conjunto de práticas bem documentadas (Quadro 1) e de novas tendências têm-se tornado evidentes.

As práticas evoluíram de uma prática centrada na criança e no profissional para uma centrada na família (Blue-Banning, Summers, Frankland, Nelson, & Beegle, 2004; Campbell & Sawyer, 2007; Dunst, 2000b; 2007; Guralnick, 2005b; Turnbull, Turbiville, & Turnbull, 2000); de um modelo isolacionista do funcionamento familiar para um modelo ecológico-sistémico (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1998);

de modelos de causalidade linear simples para modelos transacionais complexos (Sameroff & Fiese, 2000; Sameroff, 2010); de uma equipa multidisciplinar para uma interdisciplinar (McWilliam, 2000b; Rapport, McWilliam, & Smith, 2004); de serviços prestados de forma fragmentada para serviços que têm como base as comunidades (Dunst, 2000b; 2001; Guralnick, 2001b; Pilkington & Malinowski, 2002; Stayton & Bruder, 1999).

Quadro 1.

*Traços de Abordagens Contrastantes na Concetualização e Implementação de Intervenção Precoce (Dunst, 2005, p. 4).*

<b>Paradigma Tradicional</b>	<b>Novo Paradigma</b>
<i>Modelos de Tratamento</i> Focalizavam na remediação de um distúrbio, problema ou doença, ou na sua consequência	<i>Modelos de Promoção</i> Focalizam na promoção e optimização de competências e num funcionamento positivo.
<i>Modelos de Perícia</i> Dependem da perícia dos profissionais para resolver problemas às pessoas.	<i>Modelos de Empowerment</i> Criam oportunidades para as pessoas exercerem competências existentes, bem como para desenvolverem novas (competências).
<i>Modelos Baseados em Défices</i> Focalizavam na correcção das fraquezas ou problemas das pessoas.	<i>Modelos Baseados nas Forças</i> Reconhecem as qualidades e talentos das pessoas e ajudam-nas a usar essas competências para fortalecer o funcionamento
<i>Modelos Baseados em Serviços</i> Definiam práticas basicamente a partir de serviços profissionais.	<i>Modelos Baseados nos Recursos</i> Definem práticas em termos de um vasto leque de oportunidades e experiências comunitárias.
<i>Modelos Centrados nos Profissionais</i> Viam os profissionais como peritos que determinavam as necessidades das pessoas a partir da sua própria perspectiva, ainda que em oposição às das famílias.	<i>Modelos Centrados na Família</i> Vêem os profissionais como agentes das famílias e (como sendo) responsivos aos desejos e preocupações das famílias.

Também encontramos um conjunto de tendências bem fundamentadas: de uma abordagem baseada nos défices para uma baseada nos pontos fortes (Pilkington & Malinowski, 2002; Turnbull, Turbiville, & Turnbull, 2000); de uma abordagem clínica

para uma abordagem de ambientes de aprendizagem natural (Bruder & Dunst, 1999; Campbell & Sawyer, 2009; Childress, 2004; Hanft & Pilkington, 2000); de um modelo de prestação direta de serviços para um modelo de prestação de serviços de forma consultiva e indireta (Campbell & Sawyer, 2009; Shelden & Rush, 2003, 2010; Stayton & Bruder, 1999); de serviços fragmentados para o desenvolvimento de serviços integrados (Bruder, 2010a; Harbin, McWilliam, & Gallagher, 2000; Pilkington & Malinowski, 2002); de uma equipa interdisciplinar para uma transdisciplinar (Harbin, McWilliam, & Gallagher, 2000; Pilkington & Malinowski, 2002; Stayton & Bruder, 1999); de uma abordagem baseada em serviços para uma abordagem baseada em resultados (Bailey, et al., 1998; Dunst & Bruder, 2002; Harbin, Rous, & McLean, 2005); de uma abordagem baseada em tradição para uma abordagem de prestação de serviços baseada em evidências (Dunst, 2009; Law, 2000; Odom & Wolery, 2003); de uma abordagem baseada na qualificação profissional para uma abordagem baseada nas relações (Pilkington & Malinowski, 2002).

Assistiu-se assim a uma evolução gradual de uma primeira geração de programas centrados na criança, com práticas, muitas vezes monodisciplinares, baseadas nos défices fragmentadas, para programas centrados na família, que progressivamente começaram a envolver e a comunidade. Da mesma forma a prestação de serviços evoluiu para uma prática interdisciplinar, ou mesmo transdisciplinar, desenvolvida de forma integrada com base na colaboração entre serviços e recursos da comunidade e prestada nos contextos naturais de vida da criança.

## **7. A IPI em Portugal – breve perspetiva histórica**

Os primeiros programas dirigidos a crianças com NE em idades precoces, que surgiram em Portugal nas décadas de 60-70, tinham um carácter monodisciplinar e podem considerar-se programas de estimulação precoce (Almeida, 2002).

Na década de 80 começa a fazer-se sentir a necessidade de se desenvolverem novas formas de atendimento precoce a crianças com NE. Esta mudança ocorrerá por volta de 1984/85, quando a direção de serviços de orientação e intervenção psicológica (DSOIP, mais tarde Centro de Estudo e Apoio a Criança e à Família – CEACF) passa a ser responsável pelo apoio precoce especializado às crianças em situações de risco ou deficiência e suas famílias (Bairrão & Almeida, 2002).

Em finais dos anos 80 desenvolve-se o Projeto Integrado de Intervenção Precoce (PIIP) pelo Hospital Pediátrico de Coimbra, que, nos anos 90, ganha uma dinâmica e



autonomia próprias, assente num modelo sólido de coordenação e integração de serviços. O PIIP teve ainda o mérito de impulsionar o nascimento de outros projetos de IP a nível nacional, bem como o de dinamizar formação específica neste âmbito. Contribuiu ainda para a inclusão de alguns dos seus objetivos e fundamentos concetuais no Despacho Conjunto 891/99 (Serrano & Boavida, 2011). Outras das grandes iniciativas do PIIP foi a constituição, em 1998, da Associação Nacional de IP (ANIP), que procura contribuir para a promoção de uma IPI de qualidade, a nível nacional.

É na década de 90 que se observa um incremento dos programas e projetos de Intervenção Precoce em Portugal. Começa a ganhar forma um quadro de referência para a implementação de programas de intervenção precoce, veiculado por um conjunto de despachos e decretos-lei.

Mas será apenas na segunda metade da década de 90 que, em Portugal, surgem medidas específicas e relativas à intervenção precoce. Em Outubro de 1999 foi publicado o Despacho Conjunto 891/99 que legislou a prática de IP e realçou a importância do contexto familiar e social, de uma atuação de natureza comunitária, assente em programas individualizados, desenvolvidos no domicílio e nos ambientes em que a criança habitualmente se encontra, designadamente em ama, creche e jardim de infância.

Atualmente, tem-se verificado uma mudança substancial nos pressupostos fundamentais acerca das práticas recomendadas em IPI. Surgem posições que enfatizam uma filosofia e abordagem de intervenção com as famílias, cujo objetivo é apoiar e fortalecer as suas capacidades, de forma a fornecer às crianças experiências e oportunidades de promoção do desenvolvimento, e que colocam o enfoque na forma como este processo ocorre (Bronfenbrenner, 1992; cit. in Dunst, 2002).

A recente publicação do Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 de Outubro, do Ministério da Saúde (MS), do Ministério da Educação (ME) e do Ministério da Solidariedade e Segurança Social (MSSS), veio orientar e reconhecer legalmente o trabalho em IPI. Este Decreto-Lei, aprovado na generalidade, vem criar um Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), cujos principais objetivos são: (a) assegurar às crianças a proteção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades; (b) detetar e sinalizar todas as crianças com risco; (c) intervir em função das necessidades do contexto familiar, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento; (d) apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos; e (e) envolver a comunidade (Decreto-Lei n.º 281/2009).

Segundo este decreto-lei considera-se Intervenção Precoce na Infância (IPI) o conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, visando ações de natureza preventiva e reabilitativa no ambiente da educação, da saúde e da ação social. E são elegíveis para apoio no âmbito do SNIPI, as crianças entre os 0 e os 6 anos e respetivas famílias, que apresentem condições incluídas nos seguintes grupos: (1) “*Alterações nas funções ou estruturas do corpo*» que limitam o normal desenvolvimento e a participação<sup>7</sup> nas atividades típicas, tendo em conta os referenciais de desenvolvimento próprios, para a respetiva idade e contexto social; (2) “*risco grave de atraso de desenvolvimento*” pela existência de condições biológicas, psicoafetivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança. Assim, são elegíveis para acesso ao SNIPI, todas as crianças do primeiro grupo e as crianças do segundo, que acumulem quatro ou mais fatores de risco biológico e/ou ambiental. Tal como foi empiricamente demonstrado, este número constitui o ponto de charneira para um aumento substancial do efeito do risco (efeito cumulativo do risco).

Em Portugal, as entidades envolvidas nos Projectos de IPI são: os Serviços de Educação através dos Agrupamentos Referência, Serviços de Saúde através dos Centros de Saúde e Estruturas Hospitalares nomeadamente, centros de desenvolvimento, Serviços de Ação Social e Instituições, Cooperativas de Solidariedade Social e outras organizações não governamentais vocacionadas para esta área (EADSNE, 2010).

Segundo este Decreto, a experiência de implementação de um sistema criado ao abrigo do Despacho Conjunto n.º 891/991, revelou a importância deste modelo de intervenção, mas comprovou, também, uma distribuição territorial das respostas não uniforme, conforme as assimetrias geodemográficas. Muito embora a recente legislação e mesmo após o período de transição que esta prevê, até final de 2010, suspeita-se que permaneçamos, no nosso país, com formas diferentes de operacionalizar a IPI, justificadas pelas necessidades encontradas em cada comunidade e com os recursos aí existentes.

Desta forma, deve partir de cada serviço o esforço concertado para que estas diferenças organizativas sejam esbatidas e, o acesso das famílias aos serviços de que necessitam se torne mais facilitado.

---

<sup>7</sup> Participação é o envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real. Restrições na participação são problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real.

Uma vez abordada a questão da evolução dos conceitos, modelos e práticas na IPI, vamos no próximo capítulo, explorar as práticas recomendadas e baseadas na evidência e aqueles que são atualmente os principais pilares de serviços de qualidade que promovem o bem-estar da criança e família.

### CAPÍTULO III

#### PRÁTICAS BASEADAS NA EVIDÊNCIA

*“A família parece ser o sistema mais eficaz e econômico para promover e sustentar o desenvolvimento da criança. Sem o envolvimento da família, a intervenção pode ser mal sucedida, e os poucos efeitos que se alcançarem podem desaparecer logo que a intervenção termine”*  
(Bronfenbrenner, 1986).

#### 1. Práticas baseadas na evidência

Como observamos no capítulo anterior, atualmente no campo da IPI existe um consenso importante relativamente às práticas a privilegiar, enfatizando aquelas que são baseadas na evidência. Estas práticas têm origem em diversas fontes, desde a legislação, aos resultados da investigação, movimentos de defesa dos direitos e às normas recomendadas pelas organizações profissionais.

O desafio encontra-se na identificação, uso e disseminação de práticas e modelos de programas que podem ser ligados explicitamente à criança, família e resultados do programa (Bruder, 2010a). A definição para ajudar a articular este processo foi recentemente publicada por Dunst e Trivette (2008):

*Práticas Baseadas na evidência são definidas como as práticas com base nos resultados da investigação que demonstram (estatística ou funcional) uma relação entre as características e consequências duma experiência ou oportunidade planeada ou que ocorre naturalmente; onde a natureza da relação informa diretamente o que um profissional ou pai pode fazer para produzir um resultado desejado (p. 2).*

O quadro concetual que serve de enquadramento a esta definição, entra em linha de conta com as características e consequências dos acontecimentos, das experiências e das oportunidades que são proporcionadas pelo meio envolvente (por ex. aquilo que os pais

fazem para promover a aprendizagem dos seus filhos e o que daí resulta), assim como as relações funcionais entre as características e as consequências e com os processos que ocorrem e explicam a relação entre a intervenção e os seus resultados, tal como está esquematizado na Figura 2.

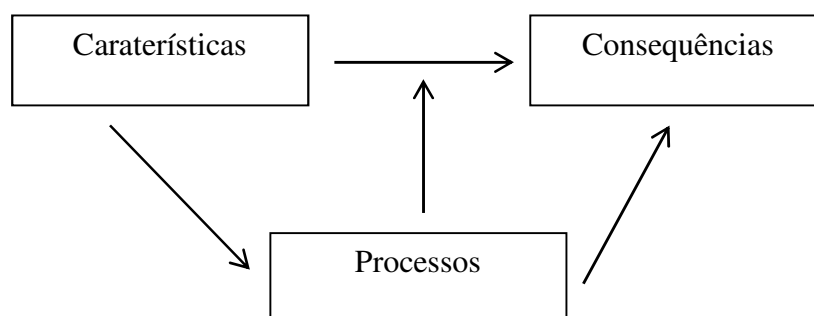


Figura 2. Moldura conceitual explicativa das PBE (Dunst & Trivette, 2008, p. 3).

Vários investigadores insistem na necessidade de validar a relação entre as características das práticas utilizadas e as respetivas consequências, tendo em conta o processo explicativo dessa relação (Dunst, 2009; Dunst, Trivette, & Cutspec, 2002a,b; Odom, Brantlinger, Gersten, Horner, Thompson, & Harris, 2005; Odom & Wolery, 2003; Thompson, Diamond, McWilliam, Snyder, & Snyder, 2005).

O objetivo fundamental consiste, pois, na identificação de práticas de qualidade em IPI, devidamente comprovadas pela investigação, designadas como práticas baseadas na evidência (PBE), que vários autores definiram como práticas validadas pela investigação, cujas características e consequências estão empiricamente definidas e cujas relações se traduzem num conjunto de indicadores que permitem ao profissional apoiar e reforçar a qualidade de vida das famílias, através do desenvolvimento e do reforço das suas competências e da sua capacidade para dar resposta às suas necessidades (Dunst, 2000b, 2009; Dunst et al. 2002a,b; Odom & Wolery, 2003).

Ainda que haja um longo caminho a percorrer no sentido da produção de evidências científicas, por assim dizer, mais explícitas e criteriosas, que permitam, de certa forma, estabelecer protocolos de atuação e padronizar alguns processos, atualmente já existem numerosas evidências acerca dos benefícios da abordagem centrada na família e, nomeadamente, sobre a forma como as intervenções implementadas com um enfoque na família estão diretamente relacionadas com a melhoria de funcionamento de alguns domínios na vida das famílias.

Este processo de transferência de conhecimento de PBE em práticas comuns tem sido descrito como o aumento de inovações para modelos institucionalizados a nível local e estatal de serviços (Fixsen & Blase, 2009, cit. in Bruder, 2010a). O campo da IPI deve adotar tal processo passo a passo para articular o conjunto de PBE que podem estar diretamente e fidedignamente ligadas aos resultados melhorados de intervenção para populações alvo com características de contexto variáveis e necessidades programáticas. Os serviços ao longo do país só melhorarão se tal processo for utilizado para impôr a implementação destas práticas através das dimensões do programa.

De seguida pretendemos também colaborar nesse processo, descrevendo aqueles que consideramos os quatro principais pilares da IPI: a abordagem centrada na família e comunidade; os ambientes de aprendizagem naturais e inclusivos; a inter e transdisciplinaridade através de um trabalho de equipa; e a integração e coordenação entre serviços no sentido de uma eficaz colaboração e articulação entre os diferentes técnicos, serviços e organizações envolvidos na intervenção.

## **2. Intervenção centrada na família e na comunidade**

Existe uma ampla evidência que sugere o forte efeito que as famílias têm no desenvolvimento das suas crianças (Bronfenbrenner, 1986; Brooks-Gunn, Berlin, & Fuligini, 2000; Dempsey & Keen, 2008; Dunst, 1999, 2007; Mahoney, Boyce, Fewell, Spiker, & Wheedon, 1998; Shonkoff & Phillips, 2000; Trivette, Dunst, & Hamby, 2010; Turnbull, et al., 2007; WPPNE, 2008). Estes efeitos são o resultado direto tanto das características da família (tais como a cultura familiar, o contexto, a composição e as condições de vida da família), como das interações, experiências e crenças da família (Guralnick, 2005b). Como consequência, um resultado da intervenção precoce na infância seria a promoção do sentido de confiança e competência da família sobre a aprendizagem e desenvolvimento presentes e futuros da sua criança (Bailey et al., 2006; Dunst, 2007, 2010).

Os profissionais envolvidos na prestação de serviços de intervenção precoce aceitaram há muito que o objetivo da IPI é apoiar, não só o desenvolvimento das crianças, mas também as suas famílias (Bailey, 2001; Bruder, 2001; McWilliam et al., 1995). Efetivamente, a família tem a responsabilidade última pela prestação de cuidados e pela promoção do desenvolvimento e qualidade de vida da criança (Bruder, 2000a). Isto é assim, em parte, porque as famílias passam a maior parte do tempo com as suas crianças. Por exemplo, a intervenção precoce formal normalmente ocorre em muito

menos de 20% do tempo em que os bebês ou crianças estão acordadas, e menos de 30% numa criança em idade pré-escolar (Bruder, 2001). Assim, a família que presta os cuidados deve ser vista como a constante na vida da criança e a unidade principal na prestação de serviços centrados na família (Shelton, Jeppson, & Johnson, 1987 cit. in Bruder, 2010a). Uma abordagem centrada na família para a intervenção precoce demonstra-se por meio de práticas que:

*“tratam a família com dignidade e respeito; são individualizadas, flexíveis e dão resposta às preocupações e prioridades da família; incluem a partilha de informação para que as famílias possam tomar decisões precisas; respeitam as escolhas da família no que se refere a todos os aspectos do programa e às opções de intervenção; implementam a colaboração e parceria família-profissionais; e promovem as capacidades da família com vista a obter e mobilizar os recursos e apoios necessários para cuidar do seu filho de uma forma competente (Wilson & Dunst, 2005, p. 1).*

Uma síntese de pesquisa entre as práticas de prestação de ajuda e os progenitores, a família, e o comportamento e funcionamento da criança indicaram que estas práticas estão relacionadas com os resultados da criança e da família (Dunst & Trivette, 2009b; Trivette, Dunst, & Hamby, 2010). Em particular, as práticas de participação de prestação de ajuda têm impacto na própria eficácia das crenças dos pais sobre as suas capacidades como tal, e isto tem impacto na aprendizagem e desenvolvimento da criança (Dunst & Trivette, 2008). A eficácia destas práticas sublinha a importância das relações que ocorrem entre os prestadores de serviços e os pais (Edelman, 2005; Gilkerson & Kopel, 2005; NSCDC, 2004a,b; Pilkington & Malinowski, 2002; Kelly, Zuckerman, & Rosenblatt, 2008, cit. in Bruder, 2010a). Estas relações têm uma poderosa influência no envolvimento dos pais nos programas de IPI, bem como nos resultados das crianças e das famílias.

Várias investigações têm salientado a importância da família usar estratégias para promover o desenvolvimento da criança. Bronfenbrenner (1989) afirma que o uso familiar das estratégias de intervenção deve ser considerado como resultado da intervenção e como um nível de intensidade da intervenção. Para Shonkoff & Phillips (2000) *“os adultos que estão com maior frequência disponíveis e comprometidos com o bem-estar da criança desempenham um papel especial na promoção da competência e*

*adaptação e não podem ser substituídos por indivíduos que estão presentes com menos frequência ou cujo compromisso emocional não é incondicional”* (p. 389).

Existem, também, ligações importantes entre os padrões de interação pais-criança e o desenvolvimento social e cognitivo das crianças (McCollum & Hemmeter, 1997; Kelly & Barnard, 2000; Pimentel, 1996). Segundo Shonkoff & Phillips (2000) “*os programas que combinam atividades [de desenvolvimento] ... centradas na criança, com atenção explícita aos padrões de interação entre pais e crianças e à construção da relação parecem ter os maiores impactos*” (p. 11). “*Os impactos medidos a curto prazo sobre o desenvolvimento cognitivo e social de crianças pequenas com deficiências de desenvolvimento são maiores quando a intervenção é mais estruturada e centrada na relação entre a criança e o prestador de serviços, ainda que os efeitos variem muito dependendo da diversidade acentuada das deficiências da criança e da sua gravidade*” (op cit., p. 343). Assim, é importante incluir a facilitação da interação pais-criança nos objetivos da avaliação e intervenção (McCollum & Hemmeter, 1997; Kelly & Barnard, 2000; Mahoney, 2009, cit. in Bruder, 2010a; Pimentel, 1996).

Segundo a lei americana, tanto a Parte C como a Parte B reconhecem a importância das famílias através da prestação de serviços (Turnbull et al., 2007). Também em Portugal, como podemos verificar no Quadro 2, tanto o Decreto-Lei 291/2009 como o Decreto-Lei 3/2008<sup>8</sup> reconhecem a importância das famílias no processo de apoio.

## Quadro 2.

### *Comparação entre a Legislação da IPI e da Educação Especial*

<b>Decreto-lei 291/2009</b>	<b>Decreto-lei 3/2008</b>
O SNIPI é desenvolvido através da atuação coordenada (...), com envolvimento das famílias e da comunidade (Art. 1.º, n.º 2). A IPI é um conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e família (...) (Art. 3.º, alínea a).	“Os pais ou encarregados de educação têm o direito e o dever de participar ativamente (...) em tudo o que se relacione com a educação especial a prestar ao seu filho (...)” (artigo 3º, ponto 1).
O SNIPI tem os seguintes objetivos: (...) d) apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas da segurança social, educação e saúde (Art. 4.º, alínea d).	“Na educação pré-escolar (...), o PEI é elaborado, conjunta e obrigatoriamente, pelo docente do grupo ou turma, pelo docente de educação especial, pelos encarregados de educação (...)” (artigo 10.º, ponto 1)
“No PIIP, devem constar (...) a) identificação dos recursos e necessidades da criança e da família; (...) d) definição da periodicidade da realização das avaliações, realizadas junto das crianças e das famílias (...)” (Art. 8.º, n.º 2, alínea a e d).	“A aplicação do PEI carece de autorização expressa do encarregado de educação, exceto (...)” (Art. 11, ponto 2).
	“Adotar opções educativas flexíveis, de carácter individual e dinâmico, (...) avaliação constante do processo de ensino e de aprendizagem do aluno e o regular envolvimento e participação da família.” (art. 25º, ponto 3, alínea f).

<sup>8</sup> Apoios especializados a prestar na educação pré-escolar e nos ensinos básico e secundário dos sectores público, particular e cooperativo.



Para satisfazer esta necessidade, os serviços da intervenção precoce devem ser prestados à família através do desenvolvimento de um plano individual da intervenção precoce (PIIP) (Bruder, 2000b), que de acordo com a lei “*consiste na avaliação da criança no seu contexto familiar, bem como na definição das medidas e ações a desenvolver de forma a assegurar um processo adequado de transição ou de complementaridade entre serviços e instituições*” (Art. 8.º, n.º 1, DL 281/2009).

No PIIP devem constar, no mínimo, os seguintes elementos: (a) identificação dos recursos e necessidades da criança e da família; (b) identificação dos apoios a prestar; (c) indicação da data do início da execução do plano e do período provável da sua duração; (d) definição da periodicidade da realização das avaliações, realizadas junto das crianças e das famílias, bem como do desenvolvimento das respetivas capacidades de adaptação; (e) procedimentos que permitam acompanhar o processo de transição da criança para o contexto educativo formal, nomeadamente o escolar; (f) o PIIP deve articular-se com o PEI, aquando da transição de crianças para a frequência de jardins de infância ou escolas básicas do 1.º ciclo (Art. 8.º, n.º 2, DL 281/2009).

Ainda que não inclua a família de forma tão explícita como o faz o PIIP, um programa educativo individualizado (PEI) para a criança pré-escolar pode também incluir serviços centrados na família conforme o Decreto-Lei 3/2008, que se centre nas necessidades da família. Desta forma, as famílias são o componente chave nos sistemas de intervenção precoce na infância e educação especial conforme a legislação e, portanto, devem ser tratadas como uma variável da prestação de serviços que contribui para a eficácia geral dos serviços (Bruder, 2010a).

Bailey & Powell (2005) argumentam que ajudar as famílias a ter acesso a informação é uma componente importante da abordagem centrada na família. A informação tem o potencial de modificar as dinâmicas do poder, de forma que o processo de tomada de decisão baseia-se o mais possível em tomadas de decisão lógicas, informadas e racionais que envolvem participantes bem informados, por oposição a um processo no qual o poder baseia-se em quem detém os recursos ou o direito para assinar um documento. Assim, a forma e extensão da informação disponibilizada às famílias torna-se uma componente crítica da IPI.

Numa perspetiva de sistemas complexos e multidimensionais, em contínua interação, não podemos ignorar a comunidade em que a família se insere enquanto quadro de referência mais vasto (Gallagher & Tramill, 1998). Uma vez que a família

interage com outros agentes da comunidade, será de toda a conveniência que olhemos para essa comunidade como a maior base de suporte e fonte de recursos para qualquer tipo de intervenção. A nova legislação dá grande relevo a esta articulação/colaboração entre os serviços da comunidade quando refere, como um dos objetivos do Serviço Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) o “*apoio às famílias no acesso a serviços e recursos da segurança social, da saúde e da educação*” e o “*envolvimento da comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social*” (Decreto-Lei 281/2009).

No entanto, proporcionar serviços a crianças, enquadrados num quadro de referência do sistema familiar apresenta numerosos desafios. Estes, incluem a falta de familiaridade, experiência e formação (Bailey, Buysse, Edmondson, & Smith, 1992), bem como tempo para implementar uma abordagem holística centrada na família (McWilliam, Tocci & Harbin, 1998). Bruder (2000a) identificou quatro áreas de preocupação relativamente à adoção limitada dos modelos centrados na família, que são: hiato entre a investigação e a prática, formação em IPI, complexidade das exigências legais e atitudes dos profissionais.

### **3. Ambientes de aprendizagem naturais e inclusivos**

A evidência da investigação sugere que as oportunidades de aprendizagem natural, atividades autênticas e apropriadas ao desenvolvimento, e os relacionamentos saudáveis entre pais e filhos contribuem para melhores resultados no desenvolvimento de bebés e crianças com NE (Dunst, 2000a; Dunst & Bruder, 1999a,b; Dunst, et al., 2000; Dunst, Bruder, Trivette, Hamby, Raab, & McLean, 2001; WPPNE, 2007a, 2008).

A investigação encontrou que as atividades de rotina em que todas as crianças participam na vida diária da família e comunidade incluem muitas oportunidades de aprendizagem (Bruder, 2001; Dunst, et al., 2000; Woods & Kashinath, 2007). A IPI pode tirar vantagem destas oportunidades de aprendizagem de forma a que a criança tenha múltiplas oportunidades para aprender com as atividades onde elas possam usar essas competências. Num estudo com 3300 famílias, os investigadores encontraram 11 categorias diferentes de oportunidades de aprendizagem em casa e 11 na comunidade. Este estudo sugere que qualquer criança pode experimentar muitas destas atividades. A intervenção precoce pode tirar proveito destas oportunidades de aprendizagem (ver Quadro 3) para promover o desenvolvimento da criança dentro do contexto da sua vida quotidiana (Dunst, et al., 2000).

## Quadro 3.

Fontes de Aprendizagem Diária da Criança no Contexto (Dunst et al., 2000).

<b>Família</b>	<b>Comunidade</b>
Rotinas da Família (cozinhar)	Excursões da Família (Viagens de carro/autocarro)
Rotinas dos Pais (hora de deitar da criança)	Saídas em Família (Visitar amigos/vizinhos)
Rotinas da Criança (Vestir/Despir)	Atividades Lúdicas (Pátio de recreio)
Atividades de Literacia (Contar histórias à criança)	Atividades na Comunidade (Biblioteca/Biblioteca Móvel)
Atividades Lúdicas (jogos de colo, poesias infantis)	Atividades no Exterior (Passeios a pé)
Jogo físico (lutas)	Atividades Recreativas (Natação)
Atividades de Entretenimento (Dançar/Cantar)	Atrações Infantis (Zardim Zoológico/Parque Biológico)
Rituais da Família (Dizer orações às refeições)	Atividades Artísticas/Entretenimento (Concertos/Teatro)
Comemorações da Família (Jantares de festa)	Atividades Religiosas/da Igreja (Catequese)
Atividades de Socialização (Receber amigos em casa)	Organizações e Grupos (Grupos infantis)
Atividades de Jardinagem (Quintal)	Atividades Desportivas (Futebol)

Os princípios chave definidos para as práticas nos ambientes naturais (WPPNE<sup>9</sup>, 2007a,b) são: (1) os bebés e as crianças aprendem melhor através das experiências e interações diárias com pessoas familiares, em contextos familiares; (2) todas as famílias, munidas com os apoios e recursos necessários, podem melhorar o desenvolvimento e a aprendizagem dos seus filhos; (3) o principal papel de um prestador de serviços é trabalhar com e apoiar os membros da família e os prestadores de cuidados presentes na vida das crianças; (4) o processo de intervenção precoce, desde o primeiro contacto à transição, deve ser dinâmico e individualizado de forma a reflectir as preferências, os estilos de aprendizagem e as crenças culturais da criança e da família; (5) os resultados do PIAF devem ser funcionais e baseados nas necessidades das crianças e famílias e nas prioridades identificadas pelas famílias; (6) A resposta às prioridades, necessidades e interesses da família é mais adequada quando é feita através de um mediador de

<sup>9</sup> Workgroup on Principles and Practices in Natural Environments.

serviços, que representa e recebe apoio de uma equipa e de uma comunidade; (7) As intervenções com crianças e suas famílias devem basear-se em princípios explícitos, práticas validadas, na melhor investigação disponível e em legislação relevante.

Mais de 30 anos de pesquisa demonstraram que as crianças pequenas com NE beneficiam da participação em grupos com crianças sem NE (Bruder, 2001; Campbell, Sawyer, & Muhlenhaupt, 2009, cit. in Bruder, 2010a; Guralnick, 2001). De facto, esta prática foi citada como indicador de qualidade da intervenção precoce na infância (Buysse & Hollingsworth, 2009; DEC/NAEYC, 2009). Para os bebés e crianças, a evidência requer que os serviços sejam prestados em ambientes naturais definidos como o lar ou locais onde outras crianças participem; isto é, aqueles locais que são naturais ou normais para as crianças que não têm NE. Uma razão para esta ênfase é a de assegurar que as crianças com NE e suas famílias fiquem incluídas nas atividades diárias de casa e comunitárias, e de que os serviços de intervenção precoce não sejam prestados em locais que isolem a criança com deficiências ou a sua família (da vida quotidiana) (Bruder, 2010a; Hanft & Pilkington, 2002).

Assim, a IPI deve ocorrer no contexto das rotinas da família, promover o envolvimento da criança, promover o envolvimento dos cuidadores durante a visita e reforçar a confiança e competência dos cuidadores no uso das estratégias de intervenção. Uma variedade de recomendações foi feita em relação ao que se deveria incluir nas visitas domiciliares eficazes (Dunst, et al., 2001; Hanft, Rush, & Shelden, 2004; McWilliam, 2000a; McWilliam & Scott, 2001; Mott, 1997; Pilkington & Malinowski, 2002). Muitas das técnicas envolvem explicar, modelar, motivar a família para experimentar a estratégia e fornecer feedback sobre as tentativas da família. Em geral, os componentes comuns podem ser resumidos como: (1) construir relacionamentos com as famílias, (2) avaliar e individualizar as estratégias de intervenção para aumentar a participação e aprendizagem da criança, (3) identificar, avaliar e incorporar as estratégias de intervenção dentro e através de oportunidades que acontecem naturalmente, (4) promover a confiança e competência do prestador de cuidados para usar as estratégias de intervenção recomendadas, e (5) assegurar a fidelidade da implementação (Stremel & Campbell, 2007).

Os ambientes de aprendizagem naturais e inclusivos conduzem também à prestação de práticas de educação e técnicas terapêuticas porque se encontram facilmente embutidas nos ambientes de atividade (Dunst, Bruder, Trivette, & Hamby, 2006). A chave para a utilização consiste na sua combinação da natureza individualizada de um

ambiente de atividade para uma criança e a sua família, tal como é identificada a partir da resposta da família (Woods & Lindeman, 2008). As práticas de educação e técnicas terapêuticas deveriam ser implementadas ao longo do dia em todos os ambientes em que a criança participa para tirar vantagem de todas as oportunidades de aprendizagem (Campbell, 2004).

Os serviços atuais de última geração envolvem intervenções naturalistas que promovem oportunidades de aprendizagem em ambientes com os prestadores de cuidados típicos e objetos comuns (Shelden & Rush, 2001).

#### **4. Trabalho em equipa**

As abordagens transdisciplinares têm sido reconhecidas como as melhores práticas em IPI (Bruder, 2000, 2010a; Franco, 2007; Guralnick, 2001b; Hanson & Bruder, 2001; Kilgo, Aldridge, Denton, Vogtel, Vincent, Burke, & Unanue, 2003; King, Strachan, Tucker, Duwyn, Desserud, & Shillington, 2009; Sandall, McLean, & Smith, 2000), e muitos programas de IPI têm vindo a adotar esta forma de atuação (Berman, Miller, Rosen, & Bicchieri, 2000, cit. in King et al., 2009).

Esta abordagem foi originalmente concebida como um sistema onde os profissionais podiam partilhar informação e capacidades importantes com os principais prestadores de cuidados (Hutchinson, 1978 cit. in Bruder, 2010a), e foi recentemente referida como sendo o principal modelo de prestação representando as responsabilidades de um prestador de serviços<sup>10</sup> para com os outros membros da equipa (ASLHA, 2008a,b; McWilliam, 2003; Pilkington, 2006; Rush & Shelden, 2005a,b, 2008a,b; Rush, Shelden, & Raab, 2008; Shelden & Rush, 2005, 2007, 2010; Woods, 2008; WPPNE, 2007a,b). A equipa integra as necessidades de desenvolvimento da criança através dos principais domínios de desenvolvimento e requer o envolvimento dos membros da equipa de diferentes disciplinas em todos os domínios de desenvolvimento durante o plano das intervenções (Bruder, 2010a; Kilgo et al. 2003). Em vez de haver uma pessoa diferente de cada disciplina centrada num domínio de desenvolvimento individual com uma criança (ex. motor), o modelo exige um plano de intervenções que articule áreas de desenvolvimento (Bruder, 1994, cit. in Bruder, 2010a). As intervenções são então prestadas principalmente por um prestador de serviços que recebe consultadoria de

---

<sup>10</sup> Metodologia do Responsável ou Coordenador de Caso.

outros profissionais em outras áreas de desenvolvimento (McWilliam, 2003; Hanft, Rush, & Shelden, 2004; Rush & Shelden, 2005a,b; Shelden & Rush, 2010).

O resultado é um modelo de intervenção precoce na infância que reconhece a integração das necessidades de desenvolvimento tanto das crianças como das suas famílias. O objetivo principal desta abordagem é juntar e integrar a perícia dos membros da equipa para que sejam prestados serviços de avaliação e de intervenção mais abrangentes e eficazes (Rush & Shelden, 2005a,b). Este modelo também encoraja um afastamento de intervenções episódicas de um domínio específico e de tempo limitado (e.g., terapia numa sala de terapia), que possam limitar a aplicação e generalização de novas capacidades no lar e noutros locais onde a criança participa (Bruder, 2010a).

Nesta ordem de ideias, o trabalho em equipa transdisciplinar é recomendado porque: (a) impede a fragmentação dos serviços por referência a cada uma das disciplinas, (b) evita a sobreposição de serviços, (c) olha para a criança como um todo; (d) enfatiza a importância da família como membro da equipa (e) fornece apoio e suporte aceitando que a tomada de decisões se desloque do profissional para as famílias; (f) reconhece a importância da colaboração entre pais e profissionais; e (g) as famílias beneficiam de um serviço mais eficiente uma vez que as competências dos diversos profissionais são integradas numa única intervenção (Bruder & Dunst 2005; McWilliam, 2000b).

Os principais fatores que suportam o trabalho da equipa transdisciplinar são: (a) qualidades pessoais; (b) conhecimento e competências partilhadas através de uma prática reflexiva (discussão de casos); e (c) suporte e compromisso organizacional (Pilkington & Malinowski, 2002).

O principal objetivo desta abordagem é reunir e integrar os conhecimentos dos membros da equipa de forma, que serviços de avaliação e intervenção, possam ser disponibilizados à criança e à família. A comunicação neste tipo de equipa, envolve um processo contínuo de troca entre todos os membros (especialmente com os pais) numa base regular e planeada. Para que uma prática colaborativa funcione, os participantes devem valorizar o conhecimento uns dos outros e compreender o valor acrescido da colaboração. Os membros da equipa devem definir claramente as responsabilidades, identificar dificuldades, obter informação uns dos outros e comunicar regularmente. Para desenvolver um plano significativo para a criança e a sua família, as várias disciplinas devem coordenar os seus esforços para obterem um quadro compreensivo de

cada criança e sua família individualmente e não só o somatório de avaliações de diferentes disciplinas (Wolraich, et al., 2005).

De facto, a IPI envolve (ou deveria envolver) uma abordagem holística, que inclui todas as disciplinas e não apenas serviços educacionais, psicológicos ou terapêuticos fragmentados. Uma abordagem transdisciplinar, baseada na equipa facilita a colaboração entre os profissionais que prestam apoio à famílias e estratégias de relação que promovem o desenvolvimento da criança. Estes princípios, provenientes da investigação e práticas baseadas na evidência, alinhados com a legislação e orientações profissionais, oferecem um suporte forte para implementar programas para crianças com NE e suas famílias.

### **5. Coordenação e integração de serviços e apoios**

A coordenação de serviços baseia-se no pressuposto de que a integração de serviços tem melhores resultados do que os serviços não integrados. Se essas equipas forem formadas com base em serviços diversos (equipas inter-serviços) constitui-se como uma estratégia a longo prazo que visa reforçar as comunidades e as famílias.

A nova legislação portuguesa dá grande relevo a esta articulação/colaboração entre os serviços da comunidade quando refere, como um dos objetivos do SNIPI, o “*apoio às famílias no acesso a serviços e recursos da segurança social, da saúde e da educação*” e o “*envolvimento da comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social*” (Decreto-Lei 281/2009).

Em todo este processo existe a figura do gestor ou responsável de caso que deverá possuir algumas características fundamentais, nomeadamente conhecimento de recursos relevantes na comunidade, capacidade de ensinar aos pais como responder às necessidades da criança e conhecimento do desenvolvimento da criança (Dinnebeil & Hale, 1999).

A atual legislação americana (Parte C da IDEA) define o service coordinator como o profissional que estabelece contacto e mediação entre a família e todos os profissionais envolvidos no apoio, salvaguardando os direitos da família, a organização dos diferentes serviços envolvidos e a identificação de apoios adicionais quando necessário (Bruder & Dunst, 2008; Bruder, Harbin, Whitbread, Coon-Powers, Roberts, van Buren, Dunst, Mazzarella, & Gabbard, 2005; Dunst & Bruder, 2002, 2006). No Quadro 4 podemos ver as principais responsabilidades do gestor ou responsável de caso enumerados por Bruder (2010b).

## Quadro 4.

*Responsabilidades do Gestor/Responsável de Caso. Adaptado de Bruder, 2010b.*

---

Coordenar e implementar avaliações.

Facilitar e participar no desenvolvimento, revisão e avaliações do PIAF.

Apoiar a família na identificação de prestadores de serviços disponíveis.

Coordenar e monitorizar o desenvolvimento dos serviços disponíveis.

Informar as famílias da disponibilidade de serviços de advocacia<sup>11</sup>.

Coordenar com os prestadores de serviços de saúde e médicos.

Facilitar o desenvolvimento de uma plano de transição para os serviços pré-escolares.

---

No Quadro 5 apresentamos a síntese de Bruder (2010b) acerca dos resultados da investigação mais relevante realizada na última década na área da coordenação de serviços e que estão em sintonia com outras investigações (Bruder et al., 2005; Dunst & Bruder, 2002, 2006; Park & Turnbull, 2003).

## Quadro 5.

*Resultados de uma Coordenação de Serviços Eficiente. Retirado de Bruder (2010b).*

---

As famílias têm acesso a apoio, informação e educação para responder às suas necessidades individuais.

As famílias conseguem comunicar as necessidades da sua criança.

As famílias tomam decisões informadas acerca dos serviços, recursos e oportunidades para a sua criança.

Serviços e profissionais estão coordenados.

As famílias e crianças recebem serviços de qualidade.

Famílias e crianças participam em serviços e apoios que são coordenados, efetivos e individualizados.

As famílias adquirem e mantêm uma qualidade de vida que promove o seu bem-estar.

As famílias compreendem as necessidades especiais da sua criança.

A saúde e desenvolvimento da criança são promovidas.

---

Contudo, à semelhança de outras práticas recomendadas, verifica-se que do estado da arte até ao estado ideal ainda há um grande caminho a percorrer.

São vários os problemas que têm sido relacionados com a implementação eficaz da coordenação de serviços (Harbin, Bruder, Adams, Mazzarella, Whitbread, Gabbard, & Staff, 2004): (a) responsabilidade da coordenação recai sobre a família; (b) a dificuldade das famílias em identificar o seu gestor de caso; (c) contactos limitados com

---

<sup>11</sup> Parece referir-se ao apoio dado às famílias no sentido de conhecerem os seus direitos e exigirem serviços eficazes.



o gestor de caso; (d) o gestor de caso não tem conhecimento acerca dos recursos disponíveis; (e) falta de competências do gestor de caso em áreas chave como a abordagem centrada na família e competência cultural; (f) famílias com vários gestores de caso; (g) crianças com diversos planos; (h) serviços fragmentados; e (i) dificuldades no acesso a serviços relevantes.

Harbin et al., (2004) identificaram sete variáveis que facilitam a integração de serviços: (1) contexto da comunidade; (2) política, (3) modelo de prestação de serviços, (4) liderança, (5) características e competências do prestador de serviços, (6) características da família; e (7) relações entre a família e o prestador de serviços.

Efetivamente, é importante que se prevejam medidas que permitam uma coordenação eficaz de serviços e recursos, viabilizando a existência de equipas de IPI que integrem profissionais de diferentes áreas de especialização e de diferentes serviços.

## **6. Síntese**

Assim, as práticas de IPI recomendadas pelo modelo ecológico e transacional e que se revelam eficazes, colocam o enfoque na relação e nas metodologias centradas na família; respeitam a diversidade dos seus valores, crenças, aspirações, prioridades e necessidades; têm em consideração uma filosofia e modelos de apoio de corresponsabilização e promoção das capacidades da família; em parceria e numa intervenção baseada na coordenação e interligação de serviços comunitários.

Concordamos plenamente com Trivette, Dunst, & Hamby (2010) quando afirmam que *“exceto quando os pais estão munidos dos apoios e recursos necessários para terem o tempo e energia para levar a cabo as suas responsabilidades parentais, eles não conseguem interagir com os seus filhos de uma forma que promova o desenvolvimento da criança”* (p. 15). As práticas de intervenção baseadas nos sistemas familiares ajudam os pais a conseguir os recursos e apoios necessários nesta tarefa.

No próximo capítulo, a nossa reflexão irá incidir naqueles que consideramos como os três principais modelos que podem servir de enquadramento às práticas baseadas na evidência, que deverão estar na base dos programas de intervenção precoce do futuro: O modelo desenvolvimental de sistemas para a Intervenção Precoce de Guralnick (2001, 2005b), o Modelo de Intervenção Precoce e Apoio à Família de Dunst (2000b, 2005a) e o Modelo de Intervenção Centrado na Família nos Ambientes Naturais (McWilliam, 2010).

## **CAPÍTULO IV**

### ***PRINCIPAIS MODELOS DE INTERVENÇÃO***

As famílias são consideradas o “*mecanismo de mudança*”.  
(Brooks-Gunn, Berlin, & Fuligini, 2000, p. 562).

Neste capítulo vamos analisar sucintamente os modelos propostos por Dunst (2000b, 2005a), Guralnick (2001, 2005b, 2011) e McWilliam (2003, 2010). Ambos propõem a utilização de práticas baseadas na evidência, práticas, essas, que, como vimos anteriormente, se enquadram dentro das práticas atualmente recomendadas para a intervenção precoce. O seu quadro de referência conceitual é bastante próximo, ambos se enquadram numa perspectiva bioecológica (Bronfenbrenner & Morris, 1998) sistêmica e transacional (Sameroff & Fiese, 2000), valorizando os efeitos a nível das interações, múltiplas e continuadas entre a criança e os outros indivíduos, objetos e símbolos que ela encontra nos diferentes cenários que fazem parte do seu dia a dia e ambos valorizam o papel primordial da família e da comunidade.

#### **1. O Modelo dos Sistemas Desenvolvimentais**

Num esforço para abranger tanto as complexidades do desenvolvimento primário, a população em crescimento e as suas necessidades, como a variabilidade da prestação de serviços, Guralnick (2005b) propôs um modelo dos sistemas desenvolvimentais<sup>12</sup> que descreve os componentes estruturais salientes (e a relação entre eles) de um sistema de intervenção precoce na infância. Este modelo simplifica os numerosos elementos de um sistema num fluxograma de eventos lógicos que contribuem coletivamente para os resultados da criança e família.

Guralnick (2001, 2005b) considera o enquadramento desenvolvimental como o princípio fundamental, que deverá estar presente a todos os níveis das componentes estruturais e das práticas do sistema de intervenção precoce e cuja principal característica é centrar a intervenção nas famílias. Assim, implica uma intervenção que incide no

---

<sup>12</sup> The developmental systems approach (DAS) (Guralnick, 2001, 2005b, 2011).

fortalecimento da família, na existência de uma relação de parceria pais-profissionais e no reconhecimento da importância que os padrões de interação familiares têm para a promoção do desenvolvimento e do bem-estar das crianças. Quanto aos princípios de inclusão, integração e coordenação, estes visam, principalmente, conseguir uma participação real da criança e da família na vida da comunidade e a existência de uma ótima colaboração e coordenação de todos os níveis do sistema.

De acordo com a perspectiva desenvolvimental que constitui o âmago do quadro conceitual de referência do modelo proposto, os resultados ao nível do desenvolvimento da criança, conforme está empiricamente comprovado, são influenciados por três tipos de padrões de interação familiar: a) a qualidade das transações pais-crianças, que implica que os pais demonstrem, entre outras qualidades interativas, sensibilidade, reciprocidade, afeto e evitem a intrusividade nas trocas com as crianças; b) a qualidade das experiências proporcionadas pela família à criança, tais como pôr à sua disposição materiais, brinquedos e jogos adequados ou proporcionar-lhe um grupo de pares, assim como atividades na comunidade consistentes com as suas necessidades e interesses; e c) as condições de saúde e de segurança proporcionadas pela família à criança, que podem ir desde os cuidados com a alimentação, à vacinação ou à proteção contra eventuais perigos. Tendo este quadro como referência, o principal objetivo da intervenção precoce, deverá ser a otimização destes padrões de interação familiar, pelo que a intervenção deverá ser centrada na família e, mesmo quando se torna necessária uma intervenção focada na criança, esta deve ser integrada no conjunto de experiências proporcionadas na família.

Diversas condições podem contribuir para perturbar estes três tipos de padrões de interação familiar, comprometendo o desenvolvimento da criança. Numa família com um filho de risco biológico ou com uma deficiência ou incapacidade, surge aquilo que Guralnick (1998, 2005b) designa como stressores dos padrões de interação social associados à criança.

São identificadas quatro categorias de potenciais stressores: a necessidade de informação sentida pela família (por ex.: um diagnóstico; como lidar com o filho...); alterações das relações interpessoais e familiares (por ex.: necessidade de repensar as prioridades da família); a necessidades de recursos adicionais sentida pela família (por ex.: a guarda da criança); ameaças à auto-confiança da família, geradas pelo impacto cumulativo dos três anteriores stressores e que se pode traduzir no sentimento de incapacidade para desempenhar a função parental (Guralnick, 1998). O sistema de

intervenção precoce deverá avaliar a existência e o grau destes stressores e, caso se justifique, trabalhar em conjunto com a família no sentido de lhe proporcionar a informação, os recursos e a rede social de apoio necessários para minimizar o seu efeito, ou seja, fortalecendo a família e, desta forma, promovendo o desenvolvimento da criança.

Passamos a descrever algumas considerações associadas a cada uma das grandes componentes do Modelo dos Sistemas Desenvolvimentais, nomeadamente ao nível do despiste e da sinalização, da avaliação da criança pela equipa interdisciplinar, da avaliação das características da família, dos serviços e da transição.

### **1.1.Despiste e Sinalização**

O primeiro componente começa com um encaminhamento para um exame no qual se decide se uma criança é elegível para uma nova avaliação conforme a legislação e as orientações do SNIPI. Este componente cria uma oportunidade para que cada Concelho/NUT desenvolva um sistema eficaz de colaboração entre profissionais e organizações para que todos os bebés e crianças pequenas façam regularmente exames programados de comportamento e desenvolvimento que os possam conduzir atempadamente aos serviços, se forem determinados como elegíveis.

O racional para sistemas eficazes de despiste e identificação precoces baseia-se em três pressupostos. Primeiro, a intervenção precoce pode minimizar os efeitos dos atrasos de desenvolvimento e prevenir ou atenuar os efeitos adversos dos fatores de risco ambientais e biológicos. Segundo, a intervenção é tanto mais eficaz quanto mais cedo tiver início. Terceiro, sistemas de despiste e identificação precoce eficazes podem resultar em serviços de remediação e intervenção precoce (Gilliam, Meisels, & Mayes, 2005).

Os mesmos autores referem princípios para um sistema efetivo de rastreio:

1. O despiste deve ser periódico e disponível sempre que necessário;
2. Sistemas de despiste eficazes devem focalizar-se em todas as áreas de desenvolvimento das crianças;
3. Os procedimentos de despiste devem empregar uma variedade de métodos e informantes;
4. Os instrumentos de despiste devem possuir propriedades psicométricas adequadas;
5. Os instrumentos utilizados para o despiste devem ser eficientes;

6. Os sistemas de despiste devem ter procedimentos claros de articulação e sinalização para avaliação e intervenção subsequentes.

Bailey & Wolery (2002a,b) identificaram fatores claros, que salientam a necessidade de uma identificação mais precoce, nomeadamente: mudanças rápidas na tecnologia para despiste de perturbações genéticas; o desenvolvimento de novos instrumentos clínicos de despiste; evidência de que as alterações de comportamento são altamente prognósticas de posteriores problemas sociais e comportamentais; investigação que documenta a validade das preocupações parentais relativamente ao desenvolvimento precoce; orientações emergentes para que os pediatras e/ou médicos de família incorporem despistes sistemáticos na prática para todas as crianças; e a evidência cumulativa da eficácia da intervenção precoce.

### **1.2.A avaliação da equipa interdisciplinar**

Se o exame sugerir a necessidade de uma avaliação mais aprofundada, uma avaliação interdisciplinar abrangente pode criar um retrato fiel das necessidades da criança através de uma perspetiva dos sistemas médicos, educacional e social (Wolraich, et al., 2005). Globalmente o objetivo da avaliação é obter informação e compreensão facilitadoras do desenvolvimento e competências funcionais da criança na família e comunidade (Meisels & Atkins-Burnett, 2000). Famílias e profissionais devem trabalhar em conjunto para identificar objetivos individuais para a criança e família baseados no processo de avaliação.

Idealmente, um protocolo de avaliação na intervenção precoce demonstra sensibilidade com a idade da criança; a natureza do atraso ou deficiência da criança; o contexto familiar, os pontos fortes e o desejo de se envolver na avaliação; a integração dos comportamentos de uma criança através de domínios comportamentais; e com a competência funcional da criança, especialmente entre e através de ambientes de atividade (Farrell, 2009; Msall, Tremont, & Otten-bacher, 2001, cit. in Bruder, 2010a). De referir que uma avaliação de elegibilidade não é necessária em crianças que podem qualificar-se para a intervenção precoce na infância porque receberam um diagnóstico de uma condição estabelecida, o que automaticamente as qualifica para esses serviços.

Segundo Guralnick (2000) o principal objetivo da avaliação da equipa interdisciplinar é desenvolver planos e recomendações, incluindo a identificação de recursos na comunidade para ir de encontro às necessidades da criança e da família identificadas. Para tal, a avaliação da equipa interdisciplinar deverá atingir pelo menos

cinco resultados: (1) estabelecer padrões de desenvolvimento e de saúde da criança e obter o perfil de funcionamento da família no contexto da comunidade; (2) determinar áreas nas quais é necessária informação adicional; (3) estabelecer um diagnóstico ou pelo menos as fontes prováveis das dificuldades da criança, com os objetivos de estabelecer ligações entre a família e grupos de apoio a pais específicos e determinar a elegibilidade para serviços; (4) elaborar recomendações e sugestões para a intervenção; e (5) estabelecer um quadro de referência para avaliações orientadas para a intervenção.

Atualmente, a avaliação é considerada incompleta se não considerar a criança em relação com sua família; ou seja, a criança na família num ecossistema mais vasto (Meisels & Atkins-Burnett, 2000; Neisworth, & Bagnato, 2004). Efetivamente, as famílias variam em função de diversas dimensões que influenciam o desenvolvimento da criança pelo que, a relação e interações entre a criança e a família deve ser a pedra angular da avaliação (Greenspan & Meisels, 1996).

Destacamos a importância de identificar as rotinas, encontrar objetivos funcionais e avaliar as características dos contextos em que a criança e a família passam a maior parte do seu tempo. Bruder (2000a) salienta a necessidade de conduzir uma avaliação funcional, que considera como aquela que: (a) responde as questões da família relativas à promoção do desenvolvimento do seu filho, considerando as preocupações e prioridades de cada elemento do agregado familiar; (b) recolhe informação com um objetivo específico (elegibilidade, planeamento da intervenção.); (c) dá indicações precisas sobre as forças, necessidades, atividades, materiais e contextos preferidos da criança; (d) se desenvolve em contextos que são familiares para a criança, tais como, a sua casa, o parque infantil ou a creche/jardim de infância.

### **1.2.1.A Avaliação da Família**

O Modelo dos Sistemas Desenvolvimentais de Guralnick (2005b) ilustra o papel central dos padrões de interação e características familiares nos resultados na criança.

Efetivamente, a investigação demonstra que as características da família, tais como o estatuto sócio-económico, a saúde mental dos pais, estilos de funcionamento e de "*coping*" da família, ambiente familiar, apoio social e atitudes parentais contribuem para os resultados na família e na criança e são importantes para considerar na intervenção precoce (Kelly, Booth-LaForce, & Spieker, 2005). Assim, é importante que os profissionais tenham conhecimentos firmes da importância das características da

família e funcionamento da criança e das formas como as características da família contribuem para esse funcionamento.

Kelly et al., (2005) argumentam que a avaliação da família deve centrar-se na relação. Orientações práticas sugerem que, de forma a colocar o enfoque nas forças e necessidades da família, as conversas devem ser informais e com questões abertas. Os profissionais devem dar oportunidades e tempo, para que os pais partilhem as suas histórias, preocupações e sentimentos. É apropriado começar com questões diretamente relacionadas com as suas práticas parentais. Estas questões são centrais para os objetivos da intervenção precoce, que apoiam o papel parental e colocam o enfoque na razão porque os profissionais começam uma relação com a família.

Outra abordagem informal para a avaliação das necessidades da família é a avaliação baseada nas rotinas proposta por McWilliam (2005) que vamos apresentar mais adiante neste capítulo.

Relativamente a métodos formais de avaliação da família, várias escalas avaliam características psicossociais específicas, tais como o funcionamento familiar, o "*coping*" familiar, o ambiente familiar, o suporte social e as atitudes parentais (Krauss, 2000; Kelly et al., 2005).

Os métodos formais de avaliação da família devem ser utilizados com estratégias de avaliação mais informais baseadas em entrevistas (Krauss, 2000). Contudo, se os pais ficam mais confortáveis com uma avaliação menos pessoal, relacionada com as suas necessidades identificadas, e preferem completar uma avaliação escrita, os profissionais podem manter-se focados na família e deixá-la decidir se quer preencher formas escritas (Kelly et al., 2005).

A avaliação das necessidades e recursos da família é vital, não só porque os recursos são importantes para o desenvolvimento da criança e da família, mas também porque o processo de identificação das necessidades constitui uma plataforma para uma abordagem centrada na família (McWilliam, 2005), que se apoia na colaboração entre os membros da família e os profissionais.

Segundo Krauss (2000), a avaliação das famílias nos programas de intervenção precoce ainda tem de demonstrar um nível de consistência na prática ou clareza no objetivo. São referidos dois desafios relativamente à avaliação da família, nomeadamente: (1) profissionais sem formação adequada para conduzir as avaliações da família e, (2) o hiato entre os procedimentos de avaliação e a utilidade pragmática, uma vez que os métodos foram desenvolvidos para fins de investigação ou de intervenções

terapêuticas. O autor argumenta que é necessário demonstrar a eficácia e a adequação dos serviços, mais especificamente, investigar as relações entre as estratégias de avaliação e os resultados na família (Krauss, 2000).

Para finalizar, é importante ter sempre em consideração que são as características da família que determinam o processo de intervenção, e a relação pais-profissionais é o contexto para práticas de avaliação e intervenção de sucesso.

### **1.3.Serviços**

Uma vez que uma criança se torna elegível para a intervenção precoce na infância, desenvolve-se um programa compreensivo utilizando ou um PIIP para bebês e crianças, ou um PEI para pré-escolares. Estes planos devem ser desenvolvidos de forma colaborativa por uma equipa que inclua a família e contenham resultados e objetivos integrados que atravessem os limites da disciplina e serviços, conforme for necessário (Bruder, 2000b; Bruder, 2010a). Uma vez iniciada a intervenção, os resultados e objetivos do PIIP/PIAF/PEI devem ser monitorizados de forma contínua e os dados sobre a implementação dos serviços na criança e na família, as oportunidades de aprendizagem, as estratégias de intervenção e o progresso do desenvolvimento e comportamento devem ser continuamente recolhidos (Bruder, 2010a).

Para a maioria das crianças apoiadas, o plano de intervenção adequado deverá englobar uma combinação de serviços e apoios (Spiker, Hebbeler, & Mallik, 2005), que pode incluir: a) informação sobre a condição da criança; b) monitorização da saúde, para ir de encontro às necessidades médicas de rotina e especializadas; c) serviços ou terapias individualizadas, para promover a aquisição de competências específicas ou melhoria no funcionamento; d) educação parental, cujo enfoque seja a responsabilidade óptima para promover a aprendizagem e a participação da criança nas atividades e rotinas diárias; e) oportunidades para interações com os pares em contextos de grupo.

Spiker et al., (2005) referem igualmente que a visão de um sistema compreensivo deve envolver uma constelação de serviços e apoios que: a) envolvam as famílias em todas as decisões e escolhas de objetivos; b) enfatizem funções-chave e processos desenvolvimentais que apoiem o envolvimento ativo e participação da criança em atividades e rotinas diárias; c) utilizem a informação da avaliação sobre planeamento das intervenções, para promover as competências emergentes da criança; d) utilizem atividades significativas, que ocorrem em contextos naturais.



De facto, Dunst (2002) salienta que os esforços de prestação de serviços devem basear-se em modelos de "empowerment" e capacitação, baseados nas forças e recursos. Os serviços de intervenção precoce deveriam incluir a identificação e desenvolvimento de oportunidades de aprendizagem e fornecer apoios comunitários à família.

Shonkoff & Meisels (2000) identificaram desafios com que os programas se debatem para implementar serviços de qualidade para as crianças com deficiências e suas famílias: 1) redimensionar os modelos de prestação de serviços, 2) repensar as fronteiras tradicionais das disciplinas, 3) reconsiderar as relações pais-profissionais e 4) associar os objetivos dos serviços aos dos clientes.

Segundo Harbin et al., (2000) sistemas de serviços abrangentes e coesos resultam em melhores serviços para as crianças e famílias. Os autores salientam a importância das políticas e da formação para redimensionar os modelos de prestação de serviços. Sugerem, igualmente, que é importante promover a integração das atividades dos profissionais, de modo a obter serviços mais integrados com uma abordagem transdisciplinar. Mais, os autores salientam o papel crítico da liderança na melhoria da prestação de serviços enfatizando a necessidade da formação e da investigação.

Perante a diversidade de serviços prestados, Bailey & Wolery (2002a,b) apontam várias questões de investigação:

1. Como podemos aumentar a eficácia dos programas de Intervenção precoce?
2. Que novas abordagens são necessárias para responder a domínios e problemáticas específicas?
3. Como podemos garantir que práticas empiricamente validadas sejam usadas de forma regular e apropriada?
4. Quais as práticas que promovem o bem-estar da família e que a ajudam a proporcionar um melhor desenvolvimento aos seus filhos?

#### **1.4. Transição**

O último componente do modelo de sistemas de desenvolvimento é a transição. A transição bem sucedida é um componente importante do modelo de sistemas de desenvolvimento e a sua importância tem sido salientada na legislação e na literatura profissional (Hanson, 2005; Malone & Gallagher, 2009; Rous, Hallam, Harbin, McCormick, & Jung, 2007). Embora as transições formais para crianças pequenas com NE ocorram tipicamente aos três anos (da creche para o jardim) e aos seis (do jardim de infância para o ensino básico), as transições entre os serviços, os prestadores e

programas podem também ocorrer em qualquer altura<sup>13</sup>, uma vez que as crianças com NE e as suas famílias se movimentam entre diferentes prestadores de serviços, programas e organizações à medida que as suas necessidades o justifiquem.

Hanson (2005) propõe um conjunto de princípios (Quadro 6) que optimizam a probabilidade de experiências de transição bem sucedidas, bem como recomendações para cada um deles.

Quadro 6.

*Princípios da Transição. Adaptado de Hanson (2005)*

---

**Princípio 1** - A transição é um processo.

**Princípio 2** - As transições bem sucedidas baseiam-se na comunicação eficaz e no estabelecimento de uma parceria colaborativa.

**Princípio 3** - Transições bem sucedidas requerem a preparação das crianças, famílias e profissionais.

**Princípio 4** - Apoios processuais promovem transições bem sucedidas.

---

A transição é um processo que requer adaptações comportamentais e emocionais (Hanson, 2005). Deste princípio decorre uma recomendação - colocar o enfoque nas relações - uma vez que as relações entre os intervenientes neste processo, bem como os recursos e apoios disponíveis podem contribuir para o sucesso global da experiência, para todos os participantes (Kraft-Sayre & Pianta, 2000; Hanson, 20005).

Uma vez que cada transição eficaz se baseia em serviços caracterizados por comunicação e colaboração, é importante promover o papel, quer da família quer dos profissionais, nas parcerias estabelecidas.

Para Hanson (2005) a participação da família pode ser facilitada com um planeamento prévio, com recurso a uma pessoa chave ou através do reconhecimento das forças e recursos das famílias e quando estas assumem o papel principal na tomada de decisões. O papel dos profissionais pode ser promovido quando profissionais dos serviços, nos quais as crianças estão envolvidas, são implicados no processo. Estes profissionais podem fornecer informações acerca do comportamento e desenvolvimento da criança, iniciar contactos com o novo serviço, visitar o novo contexto, bem como fazer recomendações específicas às famílias. Estes servem como uma ligação entre a família e o novo programa. Os profissionais do serviço ou programa que recebe a

---

<sup>13</sup> Outras transições podem ocorrer entre o hospital e casa; casa e programa de IPI; do programa de IPI para a creche, etc..

criança também podem participar neste processo, ao fornecer informação e oportunidades de visitas, rever os registos das crianças e preparar o ambiente (ex. adaptações e modificações) para responder às necessidades das crianças.

Kraft-Sayre & Pianta (2000) propõem práticas de transição, nomeadamente: contactos periódicos com os pais; avaliação das necessidades da família; ligar a família a recursos da comunidade; participação da família em atividades de aprendizagem em casa e em eventos escolares; reuniões com a família; promover visitas; promover contactos com os pares; colaboração entre escolas; e coordenação entre serviços. Trata-se de uma abordagem flexível, de modo a ser aplicada em função de uma variedade de necessidades e recursos.

O plano de transição deve incluir uma definição dos passos necessários para ajudar à adaptação da criança e da família ao novo contexto, bem como os procedimentos a adoptar para facilitar e manter a continuidade do apoio trabalhando em colaboração com os profissionais que, no novo contexto, irão receber a criança e a família. Estes procedimentos podem ir desde a escolha conjunta com os pais do novo contexto, à passagem de informação, através de relatórios, PIIP, ou outros documentos, até ao contacto pessoal através de visitas ou de reuniões com todos os envolvidos: família, criança, técnico responsável e profissionais do novo contexto. Imprescindível é que, durante o processo de transição, se mantenha o apoio da intervenção precoce enquanto a família o desejar e se considerar necessário, de forma a facilitar a sua adaptação e a da criança ao novo contexto.

O processo de transição requer um planeamento e uma avaliação sistemáticos, de maneira a sustentar as experiências e as oportunidades da criança nos seus contextos de vida (Harbin, 2005), e deve ser perspectivado tendo em consideração as características pessoais da criança, da famílias e dos profissionais envolvidos, as relações entre os profissionais, as relações entre os diferentes participantes, as atividades, os procedimentos e apoios necessários.

Uma vez apresentadas as várias componentes do sistema, Guralnick (2005b, 2010) chama a atenção para o facto de este ser um modelo aberto e dinâmico, que permite reajustamentos na sua aplicação à prática e para a necessidade da existência de uma grande cooperação e colaboração entre todos os envolvidos no apoio à criança e família, e sem a qual o desenvolvimento de um modelo deste tipo não é possível.

## 2. O Modelo Integrado de Intervenção Precoce e Apoio à Família Integrado e Baseado na Evidência

O Modelo de Intervenção Precoce e Apoio à Família Integrado e Baseado na Evidência, equacionado por Carl Dunst (2000b; 2005a, b) e por ele designado de modelo de IPI de terceira geração, representa a atualidade do conhecimento que vem a construir-se nesta área ao longo dos últimos 30 a 40 anos. A sua representação gráfica é sugestiva:

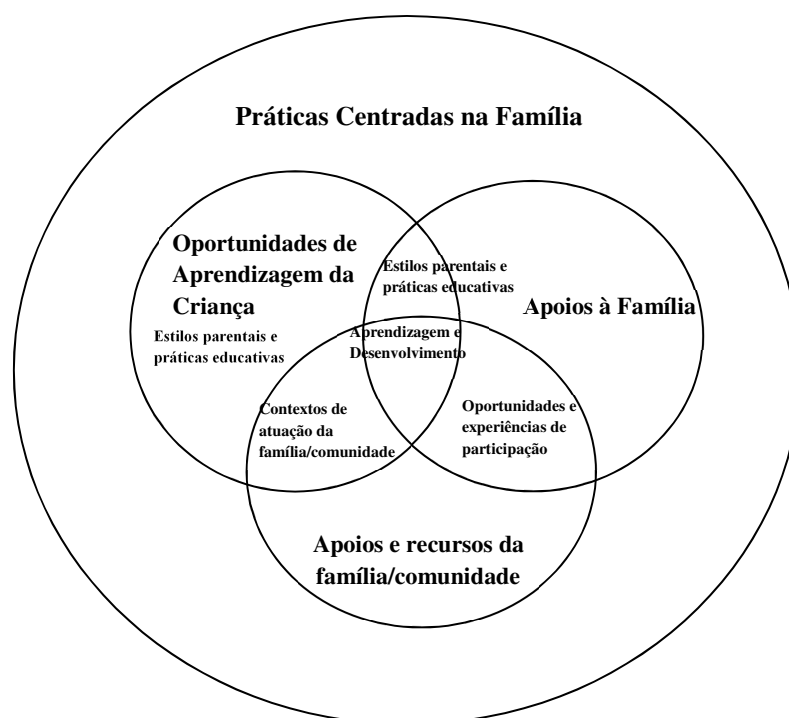


Figura 3. Componentes essenciais do modelo de Intervenção Precoce e Apoio à Família Integrado e Baseado na Evidência (Fontes: Dunst, 2000b, p. 101).

Situando a tônica de intervenção na individualização – significando o suporte que o profissional de IPI é chamado a oferecer uma permanente renovação da identificação de necessidades, desejos, sonhos e projectos da família, pela família, buscando otimizar as respectivas competências de criar e educar as suas crianças; e a consequente mediação dos profissionais de IPI junto das comunidades, apoiando as respetivas iniciativas para gerar recursos contingentes com as prioridades das famílias – “o modelo organiza-se em torno das quatro dimensões essenciais das práticas de IPI e de suporte à família – práticas centradas na família, apoios ao exercício da parentalidade, apoios

*e recursos da família/comunidade e oportunidades de aprendizagem oferecidas à criança”* (p. 97) Dunst (2000b) explicita-as deste modo:

**Oportunidades de aprendizagem, promotoras do desenvolvimento** da criança são aquelas que são interessantes, envolventes, e promotoras do desenvolvimento de competências, resultando para a criança num sentido de domínio acerca das suas capacidades, nos seus contextos de vida natural.

**Apoios à parentalidade** incluem a informação, o aconselhamento e a orientação que, a um tempo, fortalecem conhecimento e competências parentais existentes, e promovem a aquisição de novas competências necessárias para levar a cabo as responsabilidades de criar crianças e prover oportunidades promotoras de desenvolvimento e aprendizagem.

**Apoios à família e à comunidade** incluem todo o tipo e número de recursos intrafamiliares, da comunidade, informais e formais, que os pais precisem para terem o tempo e a energia necessários para poderem envolver-se em atividades parentais inerentes a “criar” e educar crianças.

**Práticas centradas na família** colocam as famílias em papéis centrais, como pivôs de dinâmicas de tomada de decisão e acção que envolvem as prioridades e preferências da criança, dos pais e da família.

O modelo sublinha ainda a importância de outras dimensões da intervenção (ver Figura 3), dinâmicas resultantes da interseção das primeiras, e cruciais ao exercício de práticas de suporte eficazes, conducentes, em última instância, à promoção do desenvolvimento e aprendizagem da criança. Referimo-nos a estilos parentais e práticas de instrução, contextos de atuação da família/comunidade, apoios e recursos disponíveis na família/comunidade, e oportunidades de participação ativa.

**Estilos parentais e atividades de ensino**, resultantes de interseção entre entre os componentes “oportunidades de aprendizagem da criança” e “apoio aos pais”, que devem caracterizar-se pela responsividade e contingência às iniciativas da criança promovendo assim o seu melhor desenvolvimento.

**Contextos de atividade familiares e comunitários**, resultantes da interseção entre os componentes “oportunidades de aprendizagem da criança” e “apoio familiar e comunitário”, que definem os contextos de oportunidades de aprendizagem que fazem parte da vida da família e da comunidade.

**Oportunidades e experiências de participação**, resultantes da interseção entre os componentes “apoio aos pais” e “apoio familiar e comunitário”, que definem as

relações dos pais com os membros da sua rede formal e informal de apoio e têm grande influência nas atitudes e comportamentos parentais.

Este modelo de terceira geração, assenta num conjunto de quatro componentes que visam assegurar, que as experiências e oportunidades proporcionadas às crianças, pais e famílias, influenciam a promoção das suas capacidades e que os interventores/profissionais conduzem as intervenções de uma forma consistente com o quadro de referência integrado, que se propõe (Dunst, 2005a). No Quadro 7 apresentam-se sinteticamente estas componentes.

Quadro 7.

*Fundamentação do Quadro de Referência Integrado para a Prática da Intervenção Precoce e do Apoio à Família (adaptado de Dunst, 2005a)*

<b>Fundamentação</b>	<b>Quadro de referência</b>	<b>Elementos Chave</b>
Teórica	Ecologia dos Sistemas Sociais	A Teoria dos Sistemas Sociais, considera que, tanto o comportamento como o desenvolvimento são multi-determinados pelas experiências e oportunidades que surgem nos diferentes cenários e provêm das fontes de apoio e dos recursos aí existentes.
Concetual	Paradigmas de Promoção de Capacidades	São utilizados modelos de promoção, fortalecimento, baseados nas forças, nos recursos e centrados na família, com vista a assegurar que as práticas têm como características e consequências a promoção das capacidades.
Operacional	Elementos das Práticas	A intervenção foca-se na aprendizagem da criança, nos contextos de atividade da família/comunidade, nos apoios aos pais, na interação pais-criança, nas oportunidades de participação dos pais, nos apoios à família/comunidade e nas práticas de ajuda centradas na família como base para otimizar os benefícios da intervenção.
De Desempenho	Critérios e Padrões de Desempenho	São utilizados como critérios para promover a utilização de intervenções baseadas na evidência, indicadores que descrevem o comportamento ou as condições esperadas ou operacionalmente definidas que são mais suscetíveis de produzir os efeitos desejados.

A construção deste modelo assenta nos resultados de numerosas investigações incidindo nos sistemas sociais e nas variáveis envolvimentoais associados à promoção do

desenvolvimento da criança e ao fortalecimento das famílias. As pesquisas neste âmbito indicam, que são as intervenções centradas na família que visam promover a aprendizagem e o desenvolvimento da criança, aquelas que asseguram que as experiências e oportunidades envolvimento proporcionadas às crianças, pais e famílias têm resultados positivos a nível da promoção de competências e de capacidades (Dunst, 2000b; Dunst, 1995, 1997, 2002, cit. Dunst, 2005a).

As práticas recomendadas por este modelo de terceira geração mantêm a sua orientação ecológica, continuam a considerar a família e as suas prioridades e preferências familiares como tendo um papel central nas decisões que envolvem a criança, sendo seu objetivo a promoção da competência a nível da criança, dos pais e da família no seu conjunto. Neste modelo, o autor, propõe que as parcerias sejam pensadas em termos de oportunidades e experiências de participação com contribuições efetivas na capacitação e corresponsabilização das famílias, e não como uma relação e prática especial.

No âmbito da IPI, o termo corresponsabilização tem vindo progressivamente a ser usado para enfatizar a necessidade de desenvolver intervenções que potenciem competências em vez de criarem dependências (Dunst, 1999). No Quadro 8, podem encontrar-se os elementos-chave e os tópicos relevantes às descrições e análises de corresponsabilização nas dimensões de filosofia, paradigma, processo, parceria, desempenho e perceção.

#### Quadro 8.

*Corresponsabilização: Campos, elementos-chave e tópicos (Dunst, 2000b, p. 126).*

<b>Campos</b>	<b>Elementos-Chave</b>	<b>Tópicos</b>
Filosofia	Princípios	Presumíveis capacidades dos indivíduos: valorização da diversidade.
Paradigma	Propriedades	Orientação no sentido dos pontos fortes, pró-ativa, para controlo de competências.
Processo	Experiências que capacitem	Oportunidades e situações que promovam aprendizagens.
Parceria	Colaboração	Respeito mútuo, partilha na tomada de decisões, cooperação.
Desempenho	Capacidades comportamentais	Conhecimentos, competências, crescimento pessoal; comportamentos de afiliação.
Perceção	Atribuições	Eficácia pessoal, auto-controlo, auto-estima, locus de controlo, eficácia política

## 2.1. Apoio Social

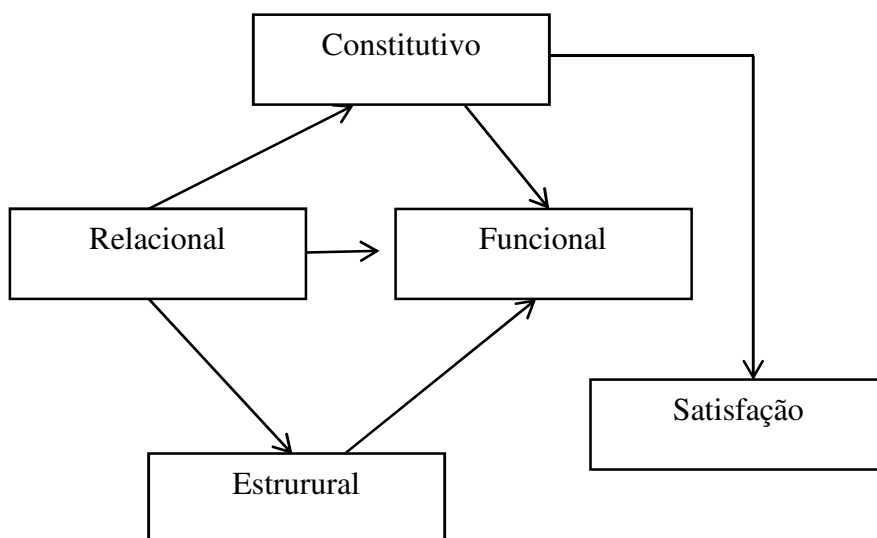
Apoio social é definido como o conjunto de recursos providenciados a um indivíduo ou um grupo, por membros da sua rede social (Dunst, Trivette, & Jodry, 1997).

De facto, de acordo com Dunst, Trivette, & Jodry (1997), as características e consequências do apoio social devem ser entendidas como processos transacionais no âmbito de um sistema social e de um contexto ecológico: o apoio social influencia diretamente a criança através das pessoas com as quais esta tem contacto direto e recorrente, quer em conjunto com os outros elementos da família quer de forma independente, mas pode também ter uma influência indireta tornando-se possível que o desenvolvimento da criança seja influenciado por acontecimentos em contextos em que ela não esteja sequer presente. A operacionalização do conceito de apoio social implica a sua decomposição em cinco componentes, cada um dos quais com variadas dimensões (Dunst, Trivette, & Jodry, 1997):

- Apoio relacional, definido pela quantidade e qualidade de relações sociais e descrito em termos das pessoas grupos e organizações que são importantes para um indivíduo;
- Apoio estrutural, definido pelas características das redes sociais de apoio e descrito pelas qualidades consideradas essenciais para que as relações com os elementos dessas redes sejam consideradas interacções de suporte;
- Apoio constitucional, definido pelo conjunto de necessidades sentidas e pelos recursos considerados essenciais para lhes fazer face e analisado através da congruência entre o tipo de ajuda prestada e as necessidades pessoais específicas;
- Apoio funcional, definido pela fonte, tipo, quantidade e qualidade do apoio que é oferecido;
- Satisfação com o apoio definido pelo nível de adequação do suporte e medida em que este é sentido como útil.

Entre estes vários componentes, como podemos verificar na Figura 4, estabelecem-se relações de dependência, podendo dizer-se que: a quantidade e existência de suporte relacional é condição necessária e determina o apoio constitucional (necessidades), o apoio estrutural (redes sociais) e o apoio funcional (recursos providenciados pelas redes de suporte); a necessidade e a estrutura das redes de apoio determinam a ajuda que é pedida e oferecida; a relação entre o apoio constitucional e o apoio funcional determinarão até que ponto a ajuda é considerada útil e, conseqüentemente, o grau de satisfação com a ajuda recebida.





*Figura 4.* Potenciais conexões entre as diferentes componentes do apoio social (Dunst, 2000b, cit in Pereira, 2009, p. 41)<sup>14</sup>.

Ao estudar as relações de interdependência entre os componentes de apoio social, as características da família e da criança, os acontecimentos adversos da vida, o bem-estar pessoal e o desenvolvimento da criança, Dunst (2000b) considera que as características da família e da criança, elas próprias interdependentes, determinam parcialmente o suporte social, em conjunto determinam os mecanismos de adaptação e comportamentos face às situações normais e adversas, que por sua vez afetam quer direta quer indiretamente o bem-estar da família, o seu funcionamento, os estilos interativos e o próprio comportamento e desenvolvimento da criança.

## 2.2. Modelo de Intervenção Baseado nos Recursos

As práticas de intervenção baseadas na utilização de recursos da comunidade constituem um conjunto de estratégias que se centram na mobilização e fornecimento de recursos e apoios a indivíduos e famílias para alcançarem os resultados desejados (Mott, 2005a). Em contraste com as práticas tradicionais baseadas em serviços (como pode ser verificado no Quadro 9), que tendem a ser incompletos, centrados nos técnicos e dependentes de centros de acolhimento, as práticas de intervenção baseadas no uso de

<sup>14</sup> Fonte: Pereira, A.P. (2009). *Práticas Centradas na Família em Intervenção Precoce: Um estudo Nacional sobre Práticas Profissionais*. Unpublished Tese de Doutoramento, Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho, Braga, p. 41. Adaptado de Evidence-Based early childhood intervention and family support: Reflective questions for improving practices, Dunst, C.J. 2000, Morgantau: Family, Infant and Preschool Program.

recursos são caracterizadas pela avaliação de competências e baseadas na comunidade, sendo construídas e fortalecidas pela capacidade individual, familiar e comunitária (Trivette, Dunst & Deal, 1997; Mott, 2005a, 2006b).

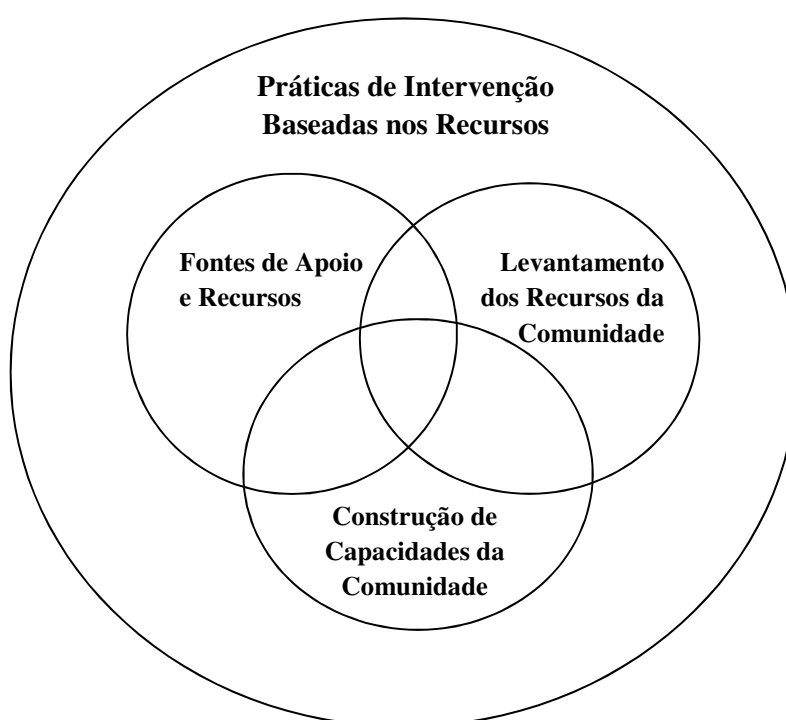
Quadro 9.

*Diferentes Aspectos das Práticas de Intervenção Precoce Baseadas nos Serviços e Baseadas nos Recursos (adaptado de Trivette et al., 1997, p. 77).*

Intervenção Precoce Baseada nos Serviços		Intervenção Precoce Baseada nos Recursos	
Caraterísticas	Aspetos	Caraterísticas	Aspetos
<b>Centrada nos profissionais</b>	As respostas são definidas segundo a especialidade do profissional ou da equipa de profissionais.	<b>Centrada na comunidade</b>	As respostas são definidas em termos da amplitude de recursos disponíveis e a partir de um conjunto diversificado de pessoas e de organizações da comunidade.
<b>Paradigma da escassez</b>	Os serviços profissionais são tidos como escassos, e a acessibilidade destes às famílias depende de critérios que utilizam testes de avaliação.	<b>Paradigma sinérgico</b>	Os recursos comunitários são vistos como ricos, variados, capazes de se expandir e renováveis.
<b>Ênfase nos apoios formais</b>	Os esforços para responder às necessidades da criança e da família centram-se naquilo que os profissionais, os programas e os serviços sabem fazer.	<b>Ênfase nos apoios formais e informais</b>	Os esforços para responder às necessidades da criança/família centram-se nos apoios fornecidos pelos membros das redes de apoio.
<b>Focada no défice</b>	As intervenções centram-se na correção dos défices.	<b>Focada nas capacidades</b>	As intervenções são baseadas nos pontos fortes e construídas a partir da capacidade coletiva.
<b>Soluções de fora-para-dentro</b>	As respostas tendem a ser prescritas por “pessoas que estão de fora” e baseiam-se essencialmente nos domínios de especialidade dos profissionais.	<b>Soluções de dentro-para-fora</b>	Recursos exteriores são utilizados de forma a responderem às necessidades que vão sendo sentidas e identificadas pelas famílias.

No contexto de um suporte de práticas de intervenção baseadas no uso de recursos, estes são definidos operacionalmente como todo o conjunto de possíveis tipos de ajuda ou assistência comunitárias – informação potencialmente útil, orientação, experiências, oportunidades, e por aí em diante – que são dadas por membros de uma rede de apoio social, usada para alcançar os resultados desejados por um indivíduo, família ou grupo.

O modelo de práticas de intervenção baseadas no uso de recursos utilizado para determinar o desenvolvimento inclui as três componentes, mostradas na Figura 5 (Trivette, Dunst, & Deal, 1997). O modelo inclui as fontes de apoio e recursos usadas para fortalecer o funcionamento da família, dos pais e da criança; estratégias de levantamento dos recursos da comunidade para identificar recursos e apoios quer formais, quer informais, que poderão ser usados por famílias e indivíduos para alcançar os resultados desejados; e estratégias de construção da capacidade da comunidade que, direta ou indiretamente, reforçam o funcionamento dos indivíduos e das famílias (Mott, 2005a,b).



*Figura 5.* As três principais componentes do Modelo de Práticas de Intervenção Baseadas em Recursos (Fonte: Trivette, et al., 1997, p. 84).

### **2.2.1. Fontes de Apoio e Recursos**

As fontes de apoio e recursos referem-se ao número total de possibilidades de tipos de ajuda ou assistência, tal como informação potencialmente útil, experiências, itens tangíveis, apoio social e emocional, assistência instrumental e oportunidades que poderão ser usadas para alcançar os resultados desejados por um indivíduo, família ou grupo. Ao usar práticas de intervenção baseadas no uso de recursos, os técnicos ajudam os membros da família na mobilização de recursos e apoio formais e informais

necessários e desejados pela família para atingir os resultados desejados. Os técnicos também auxiliam indivíduos e famílias na aquisição de aptidões necessárias para o uso de recursos e apoios para alcançar os resultados desejados, com orientação e assistência profissional mínimas, ou até mesmo sem estas.

### **2.2.2. Levantamento dos Recursos na Comunidade**

O levantamento de recursos na comunidade faz referência aos procedimentos usados para identificar e reunir informação, e o levantamento da localização de recursos e apoios, formais e informais, que poderão ser potencialmente utilizados para alcançar os resultados desejados pelos indivíduos e pelas famílias. O levantamento dos recursos da comunidade é como um processo evolutivo que é feito numa base *a priori* para identificar recursos potencialmente úteis para indivíduos e famílias e para identificar recursos específicos para atingir resultados individuais ou familiares, aquando do surgimento de necessidades. Dentro de um suporte de práticas de intervenção baseado no uso de recursos, os profissionais encaram todos os recursos pertencentes à família e à comunidade como potenciais fontes de apoio para indivíduos e famílias, ajudando também as famílias a optar pelos recursos que melhor servem os seus interesses e prioridades para alcançar os resultados desejados.

### **2.2.3. Construção da Capacidade da Comunidade**

A construção da capacidade da comunidade refere-se às oportunidades ou experiências que criam ou fortalecem recursos nos bairros ou comunidades, necessários à aquisição de resultados individuais, familiares ou comunitários. A construção da capacidade da comunidade envolve a identificação e o fortalecimento das capacidades dos indivíduos, das famílias, e de organizações comunitárias para alcançar os resultados desejados. No suporte de práticas de intervenção baseadas no uso de recursos, os técnicos concentram-se no *empowering* (dar mais poder) dos indivíduos e das famílias, para que estes alcancem os seus objectivos, não só no presente, como também no futuro. Como consequência, as práticas de ajuda participativa são usadas pelos técnicos que estão sensíveis às prioridades e aos interesses dos indivíduos e das famílias e que facilitam a participação ativa das famílias para alcançar os resultados desejados.

Em conclusão, as práticas de intervenção baseadas no uso de recursos são consideradas importantes, pois constituem estratégias eficazes que ajudam as famílias na obtenção de recursos informais, necessários para alcançar os resultados pretendidos e

porque aumentam a capacidade familiar para alcançar resultados desejados no futuro, com aconselhamento ou assistência profissionais mínimos, ou até mesmo sem eles. A aplicação das Checklists de Práticas de Intervenção Baseadas no Uso de Recursos (Mott, 2006b) deverá mostrar-se um meio eficaz para que técnicos e famílias possam planejar e avaliar estratégias de intervenção verdadeiramente eficientes.

### 2.3. Práticas Mediadas pelo Contexto™

As Práticas Mediadas pelo Contexto™ (Contextually Mediated Practices/CMP™<sup>15</sup>) são uma abordagem à intervenção na primeira infância que faz uso das atividades diárias familiares e comunitárias como contextos para a aprendizagem infantil (Figura 6) e os interesses da criança como a base para envolver a criança em atividades de aprendizagem diárias (Raab, 2005a; Raab & Dunst, 2006; Dunst, 2006a,b).



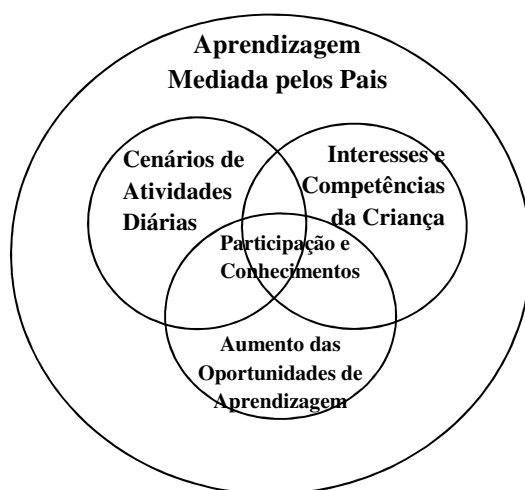
Figura 6. Três fontes de aprendizagem diária da criança.

Como vimos nos capítulos anteriores, os locais, as rotinas, as atividades, rituais e os contextos que as crianças experimentam dia após dia são muito importantes em termos de aprendizagem e desenvolvimento da criança. Assim, a aprendizagem no contexto ou aprendizagem contextualizada refere-se à aprendizagem que ocorre nos contextos diários de vida real que proporciona uma base para adquirir um comportamento funcional significativo e culturalmente relevante. A aprendizagem contextualizada é a aprendizagem que ocorre no mesmo local onde o comportamento aprendido é utilizado.

<sup>15</sup> Conceito utilizado com autorização do FIPP e da sua diretora M. Lisa Shelden (Copyright © Center for the Advanced Study of Excellence in Early Childhood and Family Support Practices). Provided courtesy of the Winteberry Press www.WBPress.com and FIPP.

Um dos pilares da CMP<sup>TM</sup> é a promoção das capacidades dos pais para aumentar a participação das crianças baseadas nos interesses, numa variedade de atividades diárias que fornecem oportunidades para a aprendizagem dirigida e iniciada para e pela criança. A abordagem CMP<sup>TM</sup> diverge das abordagens mais tradicionais à intervenção na primeira infância, nas quais o profissional dita o que é que a criança aprende e como (Dunst, Trivette, Humphries, Raab, & Roper, 2001, cit. in Swanson, Raab, Roper, & Dunst, 2006).

As componentes incluem: (a) as atividades diárias que fazem parte das vidas da família e da comunidade da criança., (b) os interesses e as competências da criança para promover a participação e a aprendizagem em atividades diárias, (c) um aumento de oportunidades para praticar competências existentes e aprender novas competências, e (d) a mediação, por parte dos pais, da aprendizagem diária das crianças baseada no interesse. As relações entre estas componentes diferentes são mostradas na Figura 7.



*Figura 7.* As principais componentes do modelo das práticas mediadas pelo contexto<sup>TM</sup> para fornecer às crianças oportunidades de aprendizagem diárias baseadas no interesse.

### **2.3.1. Contextos de atividades diárias**

A abordagem CMP<sup>TM</sup> usa os cenários de atividades diárias que ocorrem enquanto parte das vidas da família e da comunidade da criança, como contextos primários para a aprendizagem. Os contextos de atividade são as experiências, as oportunidades e os acontecimentos diários que envolvem as interações da criança com o ambiente social e não social (Dunst & Bruder, 1999a,b; Dunst, et al., 2001). As pesquisas indicam que as

atividades diárias que mais probabilidades têm de se tornar fontes de oportunidades de aprendizagem impulsionadoras do desenvolvimento da criança são aquelas que são baseados no interesse, são empreendedoras, fornecem oportunidades para a expressão de conhecimentos e exploração da criança e promovem o reconhecimento, por parte das crianças, de que as suas próprias capacidades influenciam o ambiente social e não social (Dunst, 2000a, 2001; Dunst, et al., 2001).

### **2.3.2.Os interesses e as competências da criança**

A abordagem CMP<sup>TM</sup> utiliza os interesses da criança como a estrutura que as envolve nas atividades diárias servindo de contexto para a aprendizagem, e as competências da criança como a base para fortalecer as capacidades existentes e promover a aquisição de novas competências. Os interesses da criança incluem os gostos, as preferências, as atividades favoritas, etc., que influenciam a sua participação e expressão de conhecimentos em atividades diárias (Raab, 2005b; Raab & Dunst, 2006). As competências da criança incluem as capacidades, as aptidões, as forças, as habilidades, etc., que a criança usa para participar na interação com pessoas e objetos em diferentes atividades.

### **2.3.3.Aumento de oportunidades de aprendizagem**

Um dos objetivos essenciais da abordagem CMP<sup>TM</sup> consiste num aumento da oportunidade para participar nas atividades diárias, fornecendo para tal um conjunto de oportunidades de aprendizagem baseadas nos interesses da criança. As pesquisas efetuadas indicam que qualquer que seja a atividade diária, funciona sempre como uma fonte de variadíssimos tipos de oportunidades de aprendizagem (Dunst & Bruder, 1999a). O aumento de oportunidades de aprendizagem da criança é alcançado através do uso de um maior número de atividades diárias que forneçam oportunidades para a expressão dos interesses, assegurarem a variedade nos tipos de atividades utilizadas como contextos de aprendizagem e para aumentar a frequência da participação da criança nas atividades diárias (Dunst, et al., 2001). As atividades diárias que possuem graus elevados de liberdade são as que fornecem as melhores oportunidades para a exploração e conhecimentos da criança baseados nos interesses. Estas atividades potenciam a produção de uma variedade de diferentes comportamentos. Como exemplo de aumento de oportunidades de aprendizagem da criança baseadas nos interesses, temos a seguinte situação: se a criança gosta de brincar na água, deve-se então reunir

um conjunto de oportunidades para que isso aconteça, como no lava-loiças, na banheira, com a mangueira do quintal, na piscina municipal e outros locais que encorajem a criança a fazer uma variedade de atividades, com uma maior frequência (Swanson et al., 2006). O objetivo é assegurar a *extensão* (muitos e diferentes tipos de atividades de aprendizagem) e a *profundidade* (muitas e diferentes oportunidades de aprendizagem em qualquer que seja a atividade) na aprendizagem da criança baseada nos interesses (Swanson et al., 2006).

#### **2.3.4. Aprendizagem diária da criança mediada pelos pais**

Na CMP™, os pais medeiam a aprendizagem das crianças ao aumentar o número, a frequência e a qualidade das oportunidades de aprendizagem baseadas nos interesses das crianças e apoiam a participação das mesmas em atividades diárias onde podem expressar os conhecimentos que possuem (Swanson et al., 2006). O papel que os profissionais desempenham é único. Em vez de implementarem intervenções diretamente na criança, como acontece com frequência noutros tipos de práticas na IPI, os profissionais apoiam e fortalecem a capacidade dos pais para compreender, reconhecer e usar, com as suas crianças, oportunidades de aprendizagem baseadas no interesse. Esta situação inclui métodos e procedimentos que promovam as capacidades dos pais para: (a) identificar os interesses da criança, (b) identificar as atividades diárias que constituem a vida da família e da comunidade da criança, (c) usar os interesses da criança como a base de seleção das atividades que podem ser usadas como fontes de oportunidades de aprendizagem diárias baseadas no interesse, (d) aumentar o número, a frequência e a qualidade da participação da criança nas atividades diárias, (e) apoiar a participação e a expressão de conhecimentos da criança, através de estilos interacionais responsivos e de ajuda, e (f) identificar e usar novas oportunidades de aprendizagem para promover a aprendizagem da criança (Raab & Dunst, 2006). A mediação dos pais inclui qualquer comportamento ou ação que sejam usados propositada e intencionalmente por um pai para introduzir a criança em oportunidades de aprendizagem baseadas no interesse. Os álbuns de fotografias são uma das várias atividades e exercícios de treino, que foram desenvolvidos como resposta aos pedidos, por parte dos profissionais, de procedimentos que os ajudassem na promoção de oportunidades de aprendizagem da criança mediadas pelos pais (Swanson, Roper, Raab, & Dunst, 2006).



### 2.3.5. Benefícios da CMP™

Os benefícios para a criança que se esperam alcançar com a abordagem CMP™<sup>16</sup> são um aumento da participação nas atividades do dia-a-dia e a aquisição de novos conhecimentos que permitam iniciar e manter interações com as pessoas e objetos (Shweder et al., 1998; Dunst, Holbert & Wilson, 1990, cit in Swanson et al., 2006). Através da participação baseadas nos interesses no contexto das atividades diárias, as crianças têm acesso a oportunidades que lhes permitem praticar as competências existentes, aprender e aperfeiçoar competências úteis e novas.

Em conclusão: (a) a aprendizagem da criança precisa de ser contextualizada e baseada em resultados funcionais e culturalmente significativos; (b) os interesses da criança são um fator de promoção do desenvolvimento que desenvolve e sustenta o envolvimento nas atividades diárias contextualizadas; (c) os pais desempenham um papel importante na promoção da participação da criança nas atividades diárias e no apoio que prestam à aprendizagem da criança nessas atividades; (d) utilizar as atividades diárias como intervenção precoce fornece à criança muitas mais oportunidades de aprendizagem que a abordagem centrada na criança e no profissional; e (e) profissionais que utilizam esta abordagem na intervenção precoce apoiam e encorajam as competências parentais e criam um sentido de competência e confiança nos pais (Dunst, 2006; Dunst, 2010).

### 3. Modelo FACINATE: FAmily-Centered Interventions in NATural Environments (McWilliam, 2010)

O Modelo de Intervenção Centrada na Família nos Ambientes Naturais<sup>17</sup> observa os princípios fundamentais que qualquer metodologia de intervenção precoce na infância atualizada e adota uma perspectiva ecológica, baseado nas forças, focado na relação, centrada na família e reflexiva; e acentua a importância das rotinas no processo de avaliação e intervenção.

A aprendizagem e o desenvolvimento da criança acontecem maioritariamente entre as visitas de IPI, através das ações dos prestadores de cuidados que passam tempo suficiente com a criança para influenciar a sua aprendizagem e desenvolvimento.

---

<sup>16</sup> São sugeridos ao leitor, os nomes Dunst (2006), Raab (2005b), Raab e Dunst (2006), Swanson, Raab, Roper e Dunst (2006) e Raab, Swanson, Roper, & Dunst, 2006 para informação adicional, que diz respeito a esta abordagem à intervenção precoce.

<sup>17</sup> Antes apelidado por Robin McWilliam de Modelo de Intervenção Baseado nas Rotinas (2002).

De acordo com Robin McWilliam (2002, 2010) os cinco elementos chave da prestação de serviços em ambientes naturais são: (a) compreensão da ecologia da família; (b) avaliação baseada nas rotinas; (c) existência de responsável de caso; (d) visitas domiciliares baseadas no apoio; e (e) colaboração/consultoria com a creche ou jardim de infância. O modelo baseia-se nestas cinco dimensões da prestação de serviços, cada uma acompanhada de uma prática como podemos verificar no Quadro 9.1.

Quadro 9.1.

*Modelo FACINATE: Componentes e Práticas Sugeridas*

<b>Componentes</b>	<b>Prática</b>
Compreensão da ecologia da família	Desenvolver um ecomapa <sup>18</sup>
Avaliação baseada nas rotinas	Conduzir uma Entrevista Baseada nas Rotinas (EBR)
Serviços integrados	Usar um responsável de caso
Visitas domiciliares responsivas e baseadas no apoio	Use o Guião de Visita Domiciliar de Vanderbilt e a abordagem baseada no apoio
Colaboração/consultoria com a creche ou jardim de infância	Use um modelo individualizado baseado nas rotinas

Os quatro princípios do modelo são: (a) saber quem tem influência em quê; (b) saber como as crianças pequenas aprendem; (c) ter a noção de que toda a intervenção ocorre entre visitas; e (d) ter consciência de que a criança necessita da máxima intervenção e não de máximos serviços. De acordo com o autor, intervenção é o que a criança recebe e serviços o que os pais ou prestadores de cuidados recebem.

A investigação deixa claro o seguinte: (1) os profissionais têm pouca influência na evolução da criança e muita na melhoria da competência e confiança dos pais/prestadores de cuidados. Estes, por sua vez, têm uma influência na promoção do desenvolvimento da criança; (2) na criança pequena, a aprendizagem faz-se por repetidas interações com o ambiente, dispersas ao longo do tempo e não por repetições “maciças” em períodos determinados de tempo. É por isto que a intervenção precoce não é como a escola ou como as sessões de psicólogo para as crianças mais velhas. Como é esta a forma como as crianças aprendem, a aprendizagem ocorre durante o dia de quem quer que seja que está a cuidar da criança. O trabalho dos técnicos de

<sup>18</sup> Mapa ecológico da família e suas relações, quer positivas, quer negativas.

intervenção precoce é o de assegurar que esses prestadores de cuidados que estão regularmente com a criança, tal como os pais e outros prestadores de cuidados infantis, estejam na posse da informação, do encorajamento e dos materiais para tirar partido das oportunidades de aprendizagem que têm lugar ao longo de todo o dia, onde quer que a criança esteja. Assim sendo, a intervenção que a criança recebe é o que acontece entre as visitas dos técnicos.

Estes dados contrariam práticas frequentemente utilizadas por terapeutas e profissionais de intervenção precoce e educação. McWilliam (2002) sublinha *“independentemente da competência do profissional, da intervenção / atividades por ele implementadas com a criança, estas nunca ultrapassam a influência que os pais têm no desenvolvimento da criança.”*

Conceber a intervenção precoce como uma forma de prestar apoio e não serviços leva inevitavelmente a mudanças nas práticas desde os momentos da primeira avaliação - que deverá ser feita numa perspetiva ecológica e baseada nas rotinas - até às formas de prestação de serviços (McWilliam & Scott, 2001).

*“A visita domiciliária desenrola-se com a família. Esta por sua vez melhora as suas interações com a criança e aumenta as oportunidades de aprendizagem. Estes são os factos que levam à aprendizagem da criança e ocorrem entre visitas dos profissionais.”* (McWilliam, 2002).

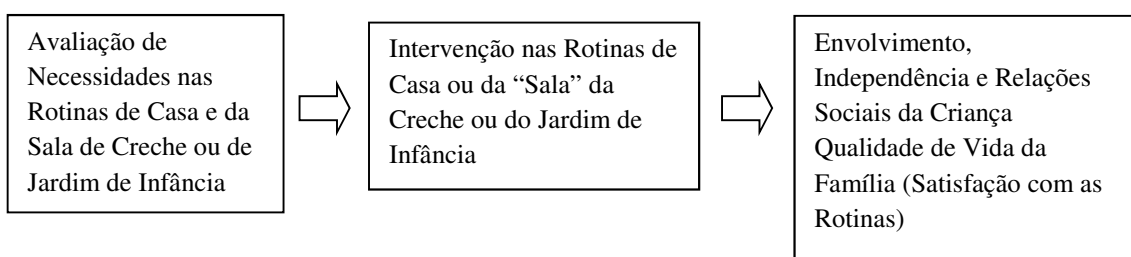


Figura 8. Modelo para uma Abordagem Baseada nas Rotinas (McWilliam, 2002).

Esta abordagem propõe para a avaliação das necessidades da criança e da família a avaliação baseada nas rotinas (McWilliam, 2005). Esta, consiste numa exploração das necessidades de funcionamento diário das crianças e famílias, organizada por momentos do dia e acontecimentos frequentes. Segundo o autor, esta abordagem tem implicações para o planeamento da intervenção e prestação de serviços: (a) nas reuniões, a família fala mais do que os profissionais, (b) o plano de intervenção tem resultados mais específicos, (c) os resultados são claramente funcionais para a criança e família, (d) o

plano é desenvolvido numa linguagem clara, (e) os objetivos não são específicos de uma disciplina, (f) um modelo de consultoria, transdisciplinar é mais exequível.

Outros resultados para trabalhar com as famílias na avaliação são: a) dar às famílias a informação que estas desejam sobre as suas crianças; b) sublinhar as proezas e capacidades da criança, assim como os contributos dados pelos pais para essas mesmas proezas; c) assegurar que os pais tomam decisões informadas no que diz respeito aos assuntos que os afetam e às suas crianças; d) obter informação acerca da criança que contribua para o desenvolvimento de um plano de ação adequado e eficaz (McWilliam, 2003, p. 68).

Relativamente à planificação funcional da intervenção (McWilliam, 2002, 2010), há que ter em conta o seguinte: (a) é necessária uma estrutura que permita à família ter um papel significativo na planificação; (b) é necessário enfatizar que a intervenção é centrada na família; (c) é necessário ter uma lista de objetivos; (d) é necessário ter um início positivo nas relações; (e) as famílias devem relatar as suas rotinas diárias em primeiro lugar, só depois o devem fazer os profissionais; (f) os profissionais questionam e fornecem informação durante a discussão em torno das rotinas; (g) o responsável de caso deve providenciar visitas semanais para ajudar a família a implementar intervenções recomendadas pelos profissionais das diferentes disciplinas; (h) os outros elementos da equipa devem fazer visitas domiciliárias com o responsável de caso, em casos pontuais e de acordo com as necessidades da família; (i) no apoio prestado em sala de creche ou jardim de infância, os serviços terapêuticos ou educativos devem ser individualizados e inserir-se nas rotinas e nas actividades de grupo; (j) os serviços “um-para-um”, a retirada individual da criança da sala ou em pequenos grupos não têm maior eficácia do que os serviços integrados.

As terapias integradas são definidas como a) instrução especializada ou terapia na sala de aula, b) que ocorre na presença de outras crianças, e c) que ocorre no contexto das rotinas e atividades em decurso (McWilliam, 1996b). A terapia integrada é promovida quando os resultados e estratégias são significativos, isto é, estão diretamente relacionados com o problema e, podem ser implementados no ambiente regular da criança.

Nos serviços integrados na sala de jardim de infância não esquecer de: (1) comunicar com a educadora da sala sobre expectativas, (2) estabelecer regras, (3) ser humilde, (4) independentemente do modelo, comunicar; (5) usar avaliação baseada nas

rotinas como forma de estabelecer objetivos; (6) usar “consultoria colaborativa” e não proceder como “expert”.

### **3.1.A visita domiciliária como forma de apoio em contextos naturais**

A visita domiciliária é um dos métodos essenciais utilizado na prestação de apoio à família quando se trabalha com famílias de crianças com NE com menos de 3 anos de idade. McWilliam (2010) citando o Departamento de Educação dos EUA (2003) refere que 72% das crianças apoiadas pela parte C da IDEA recebem serviços em casa.

Os princípios em que assentam os serviços prestados em casa são (1) o ambiente natural da criança é um lugar eficaz para se apoiar a família, (2) é acessível a todas as famílias, pois elas não teriam de deslocar-se para receber serviços, e (3) a investigação mostra que os profissionais que trabalham nos domicílios relatam práticas mais centradas na família do que aqueles que trabalham noutros locais (McWilliam, 2003; McWilliam, Snyder, Harbi, Porter, & Munn, 2000).

McWilliam descreve o modelo clínico de intervenção domiciliária e faz notar as principais limitações: (a) o “plano” é o “saco de brinquedos” que pode simbolizar literalmente um saco de brinquedos ou qualquer tipo de material, pronto-a-vestir tamanho único que se utilize indiscriminadamente para todas as crianças. De acordo ainda com este modelo, o visitador “trabalha com” a criança e o papel da família é relegado para uma dimensão passiva, uma vez na intervenção.

Como alternativa McWilliam (2002) descreve o modelo de visita domiciliária, baseado no apoio. Tal como foi referido, para compreender este modelo, tem que se ter consciência que a eficácia do apoio prestado pelos profissionais é quando este incide na família, isto é, as crianças aprendem através das interações repetidas numa forma dispersa ao longo do tempo e não especificamente no pequeno período de tempo que dura a visita domiciliária. Toda a “intervenção”, ou seja, aquilo que vai beneficiar a criança, ocorre entre visitas nas interações com os seus prestadores de cuidados. A criança não necessita de muitos serviços, mas sim de um tempo alargado de intervenção.

Uma abordagem da intervenção precoce a partir do enfoque no apoio social levaria, de acordo com McWilliam e Scott (2001) a uma alteração do papel dos profissionais na medida em que, de prestadores de serviços à criança e família, estes passariam a ver enfatizado o seu papel como fontes de apoio formal. O apoio dos profissionais seria prestado a diferentes níveis:

- Informação - acerca da deficiência da criança, dos recursos e serviços e das estratégias de intervenção conducentes a um melhor desenvolvimento;
- Material - localização de recursos para fazer face a necessidades básicas; de equipamento especializado e materiais adaptados e de formas de apoio financeiro;
- Emocional - ajuda na construção de redes informais de apoio social, organização de grupos de pais e prestação de serviços numa perspetiva de fortalecimento e capacitação.

Os tipos de apoio que estão na base deste modelo de visita domiciliária são: (a) apoio emocional (positividade, responsabilidade, orientação para toda a família, amizade e sensibilidade), (b) apoio material (equipamento, materiais e recursos financeiros), (c) apoio em termos informativos (desenvolvimento da criança, saúde, serviços e recursos, o que fazer com a criança).

Durante a visita domiciliária, o técnico deverá fornecer o seguinte apoio emocional, baseado na evidência (McWilliam, 2010; McWilliam & Scott, 2001; McWilliam, Tocci, & Harbin, 1998): (a) sentimentos positivos em relação à criança e membros da família; (b) responsividade para com os pedidos claros ou subtis que a família possa fazer; (c) orientação para toda a família, especialmente em relação ao bem-estar do principal prestador de cuidados; (d) amizade: trate a família como trataria os seus vizinhos; e (e) sensibilidade: ponha-se no lugar da família.

Para certos profissionais, deixar o “saco de brinquedos” no carro ainda será difícil. Mas há tanto para fazer com as famílias. Saber como está a família, como correm as coisas, as suas preocupações, as suas dúvidas, prioridades, expectativas, análise das rotinas diárias, e das dificuldades e oportunidades que elas apontam, saber dos outros membros da família, coordenar idas a consultas, etc.).

Em conclusão, o mais importante é saber que: (a) o maior impacto do nosso apoio enquanto profissionais faz-se sentir diretamente sobre a família e indiretamente sobre a criança, enquanto a família exerce um impacto direto sobre o desenvolvimento da criança; (b) as crianças aprendem ao longo dos dias da semana e não em sessões específicas e limitadas no tempo; (c) a visita é um serviço: a intervenção ocorre entre visitas; (d) é de máxima intervenção que a criança necessita; (e) a visita deve prestar apoio emocional, material e de informação.

Só assim é possível atingir o objectivo da IPI, ou seja, aumentar as competências e autoconfiança da criança e dos pais, a par do reconhecimento das suas próprias capacidades (Dunst, 2006a). Neste processo é essencial o apoio proporcionado pelos

profissionais, fortalecendo as capacidades dos pais para que eles possam aproveitar eficazmente as oportunidades de aprendizagem que surgem no dia a dia.

Estes são os três modelos de intervenção em que nos situamos e que apoiam o processo de implementar nas diferentes fases ou componentes da IPI as práticas baseadas na evidência.

Existe atualmente um investimento grande a nível da avaliação de programas com o objetivo de constituir um processo contínuo gerador de conhecimento e de promoção da qualidade de vida das crianças e famílias mais vulneráveis. Tal implica um investimento grande a nível da avaliação de programas com o intuito de constituir um processo contínuo gerador de conhecimento e de promoção da qualidade das práticas (Shonkoff & Phillips, 2000).

No próximo capítulo vamos, precisamente, refletir sobre a avaliação dos programas de intervenção precoce na infância, desde aquela que Guralnick (1998) designa como a avaliação de programas de primeira geração até às questões que atualmente se colocam neste âmbito.

## CAPÍTULO V

### ***AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO PRECOCE***

*Sabemos muito mais do que julgamos,  
podemos muito mais do que imaginamos.*

*José Saramago*

#### **1. Enquadramento**

Nos capítulos anteriores analisamos detalhadamente a evolução dos modelos e práticas de IPI que, como pudemos ver, tiveram profundas alterações ao longo destas últimas décadas. No campo da avaliação de programas, as mudanças nas perspetivas no âmbito dos objetivos e das práticas recomendadas, nomeadamente o aparecimento e implementação do modelo centrado na família tiveram, inevitavelmente, consequências consideráveis.

A avaliação da primeira geração de programas de IPI, nos EUA, preocupou-se em provar a eficácia destes programas. Uma vez ultrapassada esta necessidade, pelos resultados evidenciados e pelo reconhecimento legal deste tipo de intervenção, a avaliação da segunda geração passou a preocupar-se em encontrar indicadores de qualidade que permitissem melhorar as práticas. Chegados à terceira geração de programas, pensamos que se constata um reconhecimento da existência, nesta área, de uma base de conhecimentos ricos e partilhados que refletem, de acordo com Shonkoff e Philipps (2000), uma junção das contribuições das teorias do desenvolvimento, dos resultados da investigação empírica e da prática profissional, ou seja, muito perto daquilo que Odom e Wolery (2003) designam como uma teoria unificada da prática, e que conduz a um consenso importante relativamente às práticas a privilegiar, enfatizando aquelas que são baseadas na evidência.

Em Portugal não existe uma tradição no que diz respeito à avaliação dos programas. Geralmente, estas limitam-se a uma troca de impressões em momentos mais ou menos pré-determinados (Pimentel, 2005; Veiga, 1995). Pimentel (2005) sugere que tal facto pode ser explicado pela escassez de estudos de investigação no nosso país, pela ausência



de instrumentos adaptados à nossa população e pela falta de articulação entre os serviços e escolas de formação.

Bairrão e Almeida (2003) salientam a necessidade de: desenvolver e/ou adaptar instrumentos de avaliação à nossa cultura; avaliar os programas relativamente à satisfação das famílias; conduzir investigações acerca dos processos e estratégias para obter uma melhor mobilização dos pais; e avaliar as perceções dos profissionais no que diz respeito às práticas e necessidade de formação.

Em Portugal, o atendimento a crianças com NE em idades precoces tem sido realizado por inúmeros técnicos e diferentes serviços. Existem poucos estudos que contemplem a avaliação e caracterização do que se passa no terreno. Os que existem salientam que as práticas de atendimento precoce não refletem a valorização das práticas recomendadas (Almeida, 2009a; Bairrão & Almeida, 2002; Carrapatoso, 2003, cit. in Pereira, 2009; Felgueiras, Carvalho, Almeida, Pereira, Breia, Jorge, & Fernandes, 2006; Fernandes, 2001, cit. in Pereira, 2009; Mota, 2000; Pimentel, 2005; Serrano, 2003; Veiga, 1995). A falta de tempo para o trabalho de equipa, o acesso limitado à literatura, as oportunidades de formação limitadas e as crenças pessoais têm sido identificadas como barreiras associadas à implementação profissional. As atitudes influenciam, também, esta implementação, nomeadamente a relutância em monitorizar os resultados das intervenções ou modificar práticas (Campbell & Halbert, 2002). Bailey e Wolery (2002a, b) salientam a importância da realização de estudos, que permitam compreender os processos que possam levar os profissionais a utilizar as práticas mais recomendadas pela investigação. Este processo deveria passar pela avaliação dos programas e por incentivos às políticas gerais de funcionamento que se revelassem mais eficazes.

## **2. Questões gerais sobre a avaliação de programas**

Segundo os mesmos autores (Bailey & Wolery, 2002b) a avaliação dos resultados dos programas de IPI é uma tarefa complexa, apontando algumas razões para tal:

1. A IPI é inerentemente individualizada; existe uma grande diversidade relativamente à frequência, natureza e intensidade dos serviços necessários em função da problemática da criança;

2. A diferença de idades apresenta desafios relacionados com a medição. Por exemplo, instrumentos apropriados para uma criança com dois anos podem ser inapropriados para outra com cinco anos;

3. A IPI é inerentemente uma questão da criança e da família; apesar de existirem concetualizações relativas aos resultados na criança e na família, ou não existem instrumentos de medição destes resultados, ou estes são inadequados;

4. Os resultados e a sua medição são influenciados pelo background familiar.

Guralnick (1988 cit. in Pimentel, 1999; Guralnick, 2005b) refere as dificuldades com que se depararam os investigadores que se propuseram fazer uma avaliação da eficácia dos programas de IPI, nomeadamente: a heterogeneidade dos programas quanto às suas características e população abrangida, a diversidade do modelo teórico subjacente aos vários programas, as diferenças quanto à intensidade do programa e tipo de envolvimento parental, a falta de grupos de controlo, medidas de resultados estreitamente definidas e a inadequação das medidas padronizadas de inteligência para a população.

Estas limitações de carácter metodológico, conduziram os investigadores a refletir sobre o caminho trilhado e a interrogarem-se sobre a urgência em encontrar novas vias que permitissem obter resultados mais consistentes e, sobretudo, de maior aplicação prática. De facto, como acabamos de ver nos capítulos anteriores, são vários os autores a salientar a importância de se desenvolverem avaliações que permitam identificar estratégias que assegurem a implementação de práticas eficazes baseadas na evidência (Shonkoff & Phillips, 2000, Bailey & Wolery, 2002a,b; Dunst & Trivette, 2009b; Dunst, Trivette, & Cutspec, 2002a,b; Odom, 2009; Odom et al., 2005).

Começou a ser questionada a primazia dada aos desenhos experimentais. Shonkoff (2002, cit. in Warfield & Hauser-Cram, 2005) foi um dos autores a considerar que, devido ao elevado grau de individualização dos programas de IPI, o recurso a estudos experimentais aleatórios é muito difícil de concretizar. Weiss (1998, cit. Warfield & Hauser-Cram, 2005) é outro autor a sublinhar a inadequação do modelo experimental para a avaliação nesta área. Aponta, entre outras insuficiências, o facto de ele não se adaptar ao carácter de mudança e progresso contínuo dos programas de IPI, não ter em conta as diferenças na qualidade das equipas que implementam os programas e dar muito pouca informação sobre como e porque é que a intervenção funcionou ou não funcionou.

Também Odom et al. (2005) vêm salientar que a evolução das práticas no campo da IPI, com o incremento de uma intervenção centrada na família e na comunidade, desenvolvendo-se nos ambientes naturais de vida da criança e da família, torna impossível ao investigador utilizar um controle experimental rigoroso e manipular

variáveis. Na opinião destes autores, a investigação terá de ser descritiva e orientada para os processos, recorrendo aos métodos qualitativos ou a metodologias mistas, que proporcionam um conjunto de informação complementar que poderá constituir uma fonte mais eficaz de informação para o terreno. A defesa de utilização de métodos mistos na pesquisa desenvolvida no âmbito da IPI é, aliás, hoje partilhada por diversos autores (Hauser-Cram, Warfield, Upshur, & Weisner, 2000; Shonkoff & Phillips, 2000; Warfield & Hauser-Cram, 2005).

A maioria dos estudos de avaliação desenvolvidos em Portugal, no âmbito da IPI, têm-se focado nas perceções de profissionais e/ou dos pais, bem como no grau de satisfação dos pais ou dos principais prestadores de cuidados à criança (Almeida, 2009a; Bairrão & Almeida, 2002; Cruz, Fontes, & Carvalho, 2003; Pimentel, 2005; Veiga, 1995).

De acordo com Bailey (2001) e Hauser-Cram, Warfield, Upshur e Weisner (2000) a avaliação dos programas de IPI deve ter múltiplos objetivos: (1) analisar, compreender e aprender com o trabalho que está a ser implementado por um serviço de IPI; (2) identificar as eventuais discrepâncias entre os objetivos delineados e a forma como estão a ser efetivamente implementados; (3) avaliar as práticas efetivamente implementadas no decorrer do programa, ao nível da criança, da família, da gestão de recursos do serviço e comunidade e não somente nas perceções dos profissionais e grau de satisfação dos pais; (4) identificar se o programa cumpre os objetivos para os quais foi concebido, bem como a legislação em vigor; (5) identificar a adequação dos modelos teóricos do programa às necessidades das crianças, famílias e comunidades.

Guralnick (1998) salienta a adoção de desenhos experimentais mais rigorosos na IPI como um meio para documentar a sua eficácia, aos quais, designa estudos de segunda geração. O autor propõe que os estudos da eficácia da IPI sejam planeados para examinar as interações que influenciem as características do programa (ex. contextos), características da criança e família e os resultados específicos da IPI (ex. aprendizagem e desenvolvimento). Efetivamente, a prática da IPI dentro da perspetiva sistémica e ecológica realça o papel dos diferentes contextos de vida das crianças e o seu impacto no desenvolvimento, pelo que, devemos considerar a criança na família, num ecossistema mais vasto.

Atualmente nos EUA existe um movimento de responsabilização e avaliação na primeira infância<sup>19</sup> e na intervenção precoce na infância (Kagan & Scott-Little, 2004; Schultz & Kagan, 2007; cit. in Bruder, 2010a). Para Bruder (2010a) o campo da IPI deve centrar-se no desenvolvimento de sistemas de avaliação válidos, fidedignos e transparentes: não só nos resultados que são exigidos à criança e família, mas também em todas as dimensões que englobam a infraestrutura e os componentes da prestação de serviços. Se isto for feito, as condições, práticas e resultados (tanto de forma direta como mediada), e as relações entre eles poderiam ser medidos e estes dados poderiam ser utilizados para documentar a eficácia.

Uma medida de avaliação adicional e desafiante, mas necessária, deve ser o desenvolvimento, medição e aquisição dos resultados e objetivos do PIIP/PEI e as suas relações entre a intensidade, duração, frequência e o local onde as crianças e famílias participam nas intervenções. Isto requer que todos os profissionais da intervenção precoce na infância sejam capazes de avaliar e comunicar com confiança os resultados da criança e família, assim como outros resultados da prestação de serviços para propósitos de avaliação (Bailey et al., 2006; Hebbeler, Barton, & Mallik, 2008).

Estas categorias foram desenvolvidas pelo Early Childhood Outcomes Center (ECO) e por um grande grupo de investigadores através dum processo interativo de construção consensual que incluíram múltiplos grupos de participantes ao longo do país. Foram propostos três indicadores para avaliar os resultados nas crianças: (a) capacidade de estabelecer relações sociais positivas; (b) aquisição de conhecimentos e de competências (incluindo a linguagem/comunicação primária e literacia primária); e (c) capacidade de desenvolver ações apropriadas para ir ao encontro das suas necessidades (Bailey & Bruder, 2005; Bailey et al., 2006).

Os resultados<sup>20</sup> para as famílias são que (a) as famílias conheçam os seus direitos, (b) as famílias comuniquem eficazmente as necessidades das suas crianças, e (c) as famílias ajudam as suas crianças a desenvolverem-se e a aprenderem (Bailey et al., 2006). Estes resultados resumem-se na percentagem de famílias com sucesso segundo estes mesmos indicadores.

Uma abordagem promissora para compreender as complexidades do sistema de IPI é investigar as experiências e perspetivas quer dos profissionais quer dos pais. Uma

---

<sup>19</sup> Refere-se à população geral de crianças que recebe os serviços de programas de educação e primeiros cuidados subvencionados pelo estado como as crianças com NE que recebem os serviços da Parte C e Parte B (619) da IDEA.

<sup>20</sup> Um resultado é um benefício obtido pelas famílias resultantes dos serviços recebidos. Não é a obtenção de serviços ou satisfação com serviços, mas algo que acontece porque os serviços foram prestados (Bailey, 2002; Bailey & Bruder, 2005).

análise cuidada destas experiências e perspectivas produz significados que podem informar as políticas e práticas e, ultimamente, resultar em serviços melhorados para as crianças e famílias (Bruder, 2010a; Hebbeler, et al., 2008). O envolvimento das famílias na avaliação do programa passa por: identificar resultados claros que refletem as prioridades da família; conduzir avaliações que promovam a compreensão das relações entre práticas específicas do programa e resultados; avaliar de forma credível o que as famílias valorizam; incluir formas múltiplas para as famílias se envolverem no processo de avaliação do programa e encarar as famílias como aliados no processo de avaliação (Dinnebeil & Hale, 2003).

Warfield e Hauser-Cram (2005) sugerem que, atendendo à complexidade envolvida na compreensão dos sistemas interligados nos quais os pais com crianças com perturbações no desenvolvimento operam, os blocos de construção da avaliação podem ser utilizados como instrumentos para desenvolver e implementar avaliações dos programas de intervenção precoce na infância (Quadro 10).

Quadro 10.

*Blocos de Construção da Avaliação "Evaluating building blocks". Adaptado de Warfield e Hauser-Cram (2005).*

<b>Elementos do Programa</b>	<b>Elementos da Avaliação</b>	<b>Abordagem da Avaliação do Programa</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Limites</li> <li>- Idade e nível desenvolvimental</li> <li>- População-alvo</li> <li>- Missão e objetivos</li> <li>- Modelo de intervenção</li> <li>- Características e componentes do serviço</li> <li>- Contexto Político</li> <li>- Apoios financeiros</li> </ul>	+ <ul style="list-style-type: none"> <li>- Objetivos</li> <li>- Questões</li> <li>- Recursos e constrangimentos</li> </ul>	= <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nível da avaliação</li> <li>- Desenho experimental</li> <li>- Recolha de dados</li> <li>- Amostragem</li> <li>- Interpretação e discussão</li> </ul>

Warfield & Hauser-Cram (2005) descrevem um esquema concetual apropriado para a avaliação da IPI, no qual questões importantes acerca dos efeitos dos serviços podem ser investigadas, o seu valor para os pais, e as suas ligações com os recursos da

comunidade e com outros sistemas de serviços. As autoras colocam três tipos de questões: questões centradas no sistema de intervenção precoce e/ou programas de intervenção precoce individuais, questões centradas no contexto ecológico e questões centradas quer na IPI quer no contexto ecológico. Por nos parecer da máxima importância vamos expô-lo com detalhe nos linhas seguintes.

O quadro de referência para a avaliação dos programas de intervenção precoce, proposto por Warfield e Hauser-Cram (2005), constituído por uma abordagem de níveis múltiplos, vem, precisamente, encorajar a utilização de uma variedade de métodos para responder a um conjunto abrangente de questões de avaliação. Conforme referem as autoras, esta abordagem tem quatro características principais: (I) tem uma conceção abrangente de avaliação, considerando que este visa responder a questões, não só a nível do processo, mas também a nível do produto ou dos resultados do programa; (II) está desenhada de forma a que as necessidades de especialização técnica aumentem de nível para nível; (III) implica a necessidade de planos de intervenção individualizados para cada programa, utilizando um vasto leque de metodologias incluindo as qualitativas e métodos mistos; (IV) dá origem a estudos que podem justificar a legitimidade dos programas, apresentando dados que comprovem que o programa está a responder aqueles a quem se destina, fornecendo o conjunto de serviços que é suposto prestar e estabelecendo uma correspondência razoável entre as necessidades dos participantes e os serviços disponibilizados. A avaliação da satisfação dos participantes e das suas perceções, assim como das da equipa sobre os efeitos do programa são, também, formas de validar a intervenção perante os decisores políticos.

Este modelo compreende quatro níveis de avaliação: a avaliação de necessidades, a monitorização e registo, a revisão da qualidade e clarificação do programa e a concretização dos objetivos (Warfield & Hauser-Cram, 2005).

O primeiro nível, a avaliação de necessidades, diz respeito a estudos que incidem na definição e avaliação de um problema ou orientação social e das necessidades individuais daí resultantes. Para além disto, são estudos que proporcionam informações sobre a adequação dos serviços prestados para responder às necessidades identificadas e sugerem opções para responder às ainda sem resposta, podendo funcionar como linha de base em função da qual se podem determinar progressos futuros. Algumas das questões na avaliação dos programas de intervenção precoce a este nível (ver Quadro 11), incidem no impacto das mudanças demográficas verificadas nos últimos anos e nas necessidades que daí resultam.

## Quadro 11.

*Questões da Avaliação da Intervenção Precoce da Área 1: Avaliação de necessidades. Retirado de Warfield & Hauser-Cram (2005)*

Enfoque das Questões	Exemplos
Questões do Sistema de Intervenção Precoce	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas as crianças elegíveis são identificadas?</li> <li>• Quais as necessidades das crianças e famílias mais prevalentes?</li> <li>• Estas necessidades sugerem que sejam feitas mudanças na identificação, avaliação e/ou monitorização?</li> </ul>
Questões do contexto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que mudanças ocorreram na comunidade?</li> <li>• Estas mudanças sugerem que sejam feitas mudanças na identificação, avaliação e/ou monitorização?</li> <li>• Que mudanças ocorreram noutros programas da comunidade que influenciem o encaminhamento para a IPI?</li> </ul>
Questões combinadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que novo conhecimento sobre necessidades é gerado ao examinar os esforços de identificação, avaliação e monitorização de diferentes programas numa comunidade?</li> </ul>

O segundo nível, a monitorização e registo (Quadro 12), diz respeito a avaliações que visam proporcionar um registo detalhado dos serviços prestados durante um determinado período de tempo. Este registo deve fornecer informações sobre os participantes (por ex. características pessoais, serviços e atividades que recebem ou em que participam para além da intervenção precoce), sobre os elementos da equipa (por ex. grau de formação, disciplina específica, papel na equipa de intervenção precoce) e sobre os serviços de intervenção precoce (por ex. localização, participantes, horários, objetivos, atividades, custos). Para além disto, o próprio sistema de armazenamento de dados do programa a ser avaliado, deve ser revisto para verificar o que é registado e com que frequência, bem como se existem procedimentos explícitos e consistentes para documentar a informação e se a privacidade dos participantes é respeitada.

Existe, ainda, uma outra categoria de estudos que foca o contexto ecológico, como os de Dunst, e colaboradores, que analisamos nos capítulos anteriores, e que incidem nos ambientes naturais e nas oportunidades de aprendizagem proporcionadas à criança através da mediação dos prestadores de cuidados, assim como nos recursos e apoios

disponibilizados pela comunidade à família e à criança (Dunst et al., 2000; Dunst & Raab, 2004; Trivette, Dunst & Deal, 1997, Trivette, Dunst & Hamby, 2010).

Quadro 12.

*Questões da Avaliação da Intervenção Precoce da Área 2: Monitorização. Retirado de Warfield & Hauser-Cram (2005).*

Enfoque das Questões	Exemplos
Questões do Sistema de Intervenção Precoce	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Como é que as crianças e famílias entram e saem do programa de IPI?</li> <li>• Existem padrões de movimentos relacionados com as características das crianças, famílias e do programa de IPI?</li> <li>• Que características estruturais podem ser usadas para descrever a prestação de serviços?</li> </ul>
Questões do contexto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quais são as atividades familiares de acomodação que descrevem a criança e a família na IPI, e como é que estas diferem das características da criança, família e programa de IPI?</li> <li>• Quais são as características estruturais dos serviços da comunidade que as crianças e famílias têm acesso e como é que estas diferem das características da criança, família e programa de IPI?</li> </ul>
Questões combinadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qual é a combinação de serviços de IPI e atividades familiares de acomodação e, como é que difere das características da criança, família e programa de IPI?</li> <li>• Qual é a combinação de serviços de IPI e recursos da comunidade e, como é que difere das características da criança, família e programa de IPI?</li> </ul>

O terceiro nível, a revisão da qualidade e clarificação do programa, diz respeito a avaliações que visam desenvolver formas de avaliar a qualidade dos serviços prestados e medir os efeitos da intervenção percebidos (por oposição aos objetivos) a fim de proporcionar feedback para reformular ou melhorar o programa (Quadro 13). Implica expandir a informação recolhida no nível anterior através da recolha de dados junto das famílias, dos elementos da equipa e de outros profissionais que colaborem regularmente com o programa de intervenção precoce, bem como, através de análise documental.



Podem ser utilizados indicadores que permitam avaliar se o programa corresponde aos padrões definidos, quer com base na teoria, quer através de estudos avaliativos anteriores, quer com base em linhas de orientação legislativas. Outra forma de avaliar a qualidade é partir da satisfação dos participantes relativamente aos serviços com determinadas características relacionadas com padrões de realização, como por exemplo, serem coordenados e/ou centrados na família. A avaliação dos profissionais que prestam os serviços é, também, um dado adicional importante.

Quadro 13.

*Questões da Avaliação da Intervenção Precoce da Área 3: Revisão da Qualidade e Clarificação do Programa. Retirado de Warfield & Hauser-Cram (2005).*

Enfoque das Questões	Exemplos
Questões do Sistema de Intervenção Precoce	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que características do processo/qualidade podem ser usadas para descrever a prestação de serviços?</li> <li>• Que características do processo/qualidade do serviço diferem das características das crianças, famílias e programa de IPI?</li> <li>• Que medidas estão relacionadas com a satisfação dos pais e efeitos percecionados?</li> </ul>
Questões do contexto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que atividades familiares estão relacionadas com a satisfação dos pais e efeitos percecionados?</li> <li>• Que características do processo/qualidade dos serviços/recursos da comunidade diferem das características das crianças, famílias e programa de IPI?</li> <li>• Que características do processo/qualidade dos serviços/recursos da comunidade estão relacionadas com a satisfação dos pais e efeitos percecionados?</li> </ul>
Questões combinadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Como é que os serviços de IPI, as atividades familiares e os serviços/recursos da comunidade se relacionam?</li> </ul>

O quarto nível, a concretização dos objetivos, diz respeito a estudos que visam avaliar se o programa atingiu os efeitos pretendidos. O enfoque passa assim, da avaliação do processo, objetivo dos níveis anteriores, para a avaliação do impacto ou dos resultados (ver Quadro 14).

## Quadro 14.

*Questões da avaliação da Intervenção Precoce da Área 4: Resultados. Retirado de Warfield & Hauser-Cram (2005).*

Enfoque das Questões	Exemplos
Questões do Sistema de Intervenção Precoce	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que escalas avaliam mudanças positivas na criança e bem-estar familiar? Algumas crianças e famílias beneficiam mais que outras?</li> <li>• Que resultados na família medeiam/moderam os efeitos dos serviços de IPI nas mudanças positivas nas crianças? Algumas crianças beneficiam mais que outras?</li> </ul>
Questões do contexto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que atividades familiares e/ou recursos da comunidade são preditores de mudanças positivas na criança e bem-estar familiar?</li> <li>• Que resultados na família medeiam o efeito destes fatores nas mudanças positivas nas crianças?</li> </ul>
Questões combinadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existem conjuntos de medidas, atividades familiares e recursos da comunidade que são preditores de mudanças positivas nas crianças e bem-estar familiar?</li> <li>• Que resultados na família medeiam o efeito destes conjuntos nas mudanças positivas nas crianças?</li> </ul>

Este nível implica já um grau de especialização mais elevado por parte do investigador, a fim de que seja assegurada a manutenção de algum rigor no desenho da investigação. Tal não inclui que seja obrigatório recorrer a desenhos experimentais, o que se tornaria difícil dadas as limitações anteriormente apontadas.

Em alternativa, muitos estudos têm utilizado desenhos quasi-experimentais quando pretendem comparar diferentes programas, e desenhos naturalistas quando pretendem examinar os efeitos dos serviços tal como eles naturalmente ocorrem.

A próxima geração de avaliações sobre a intervenção com a família deverá ter em conta, na opinião de Shonkoff e Phillips (2000), as seguintes questões: (I) comprovar a existência de uma relação direta entre a melhoria das competências parentais e a existência de mudanças significativas no funcionamento da criança; (II) avaliar minuciosamente a implementação dos programas e, particularmente, a interação entre a equipa e as famílias; e (III) distinguir as crianças e famílias com as quais uma intervenção focada nos pais é eficaz, daquelas com quem a utilização de estratégias alternativas de intervenção parece mais promissora.

### 3. Situação em Portugal

Como já foi referido, Bairrão & Almeida (2002), chegaram à conclusão que em Portugal não há tradição na avaliação, sendo essa uma prática muito pouco comum. Há ainda todo um trabalho a ser feito, de preparação, que começa pela adaptação de instrumentos à nossa realidade, assim como pela criação de novos instrumentos. O que acontece no contexto português caracteriza-se por um conjunto de famílias com características muito diferentes a acorrer aos serviços, pelo que a sua mobilização para os programas se torna um desafio para os técnicos de intervenção precoce na infância. Da mesma forma, é bastante variado o rol de problemáticas das crianças a serem atendidas. E, para finalizar, os autores referem que seria também importante avaliar as suas ideias relativamente à forma como decorre a sua intervenção, constrangimentos do seu trabalho, alterações desejadas e necessidades de formação.

Os primeiros estudos de avaliação no âmbito da IPI desenvolvidos em Portugal focaram-se fundamentalmente nas perceções de profissionais e, por vezes, nas perceções e grau de satisfação dos pais ou dos principais prestadores de cuidados à criança (Pimentel, 1999, 2005).

Dos poucos estudos realizados em Portugal com o intuito de procurar diretrizes que conduzam a uma melhor qualidade das práticas, salientamos alguns: “*IP e avaliação – Um estudo introdutório*” (Veiga, 1995), “*Contributos para o estudo das práticas em IP, em Portugal*” (Almeida & Bairrão, 2002), “*Práticas centradas na família: Identificação de comportamentos para uma prática de qualidade no distrito de Braga*” (Pereira, 2003), “*Estudo sobre a intervenção precoce em Portugal: Ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias*” (Almeida, 2009a), “*Avaliação do impacto da intervenção precoce no alentejo – criança, família e comunidade*” (Franco & Apolónio, 2008), “*Avaliação das práticas centradas na família dos profissionais locados aos projetos de intervenção precoce em Portugal (Continente e Ilhas)*” (Pereira, 2009), entre outros.

Nesta dissertação vamos ainda explorar dois trabalhos de investigação recentes, que devido à sua importância, podem ajudar a tornar claro o retrato da situação atual da IPI em Portugal: a avaliação da satisfação das famílias apoiadas pelo Projeto Integrado de Intervenção Precoce de Coimbra (PIIP) e a avaliação do desenvolvimento da intervenção precoce durante o período de aplicação do Despacho Conjunto n.º 891/99 levada a cabo pelo Grupo Interdepartamental (DC n.º 30/06).

O primeiro trabalho (Veiga, 1995) avaliou 13 programas de intervenção precoce na zona norte do país através da aplicação da Escala para a Avaliação de Programas de Intervenção Precoce<sup>21</sup> (Mitchell, 1991). Das conclusões obtidas pela autora, salientamos algumas: (1) é saliente uma intervenção centrada na criança, visando a compensação dos seus défices; (2) embora se valorizem aspetos relacionados com o currículo, este parece estar limitado à fase de avaliação; (3) os programas têm dificuldade em envolver, nos processos de avaliação e intervenção, os profissionais que considerem desejáveis, dadas as limitações na constituição das equipas; (4) a participação dos pais no processo de avaliação limita-se a proporcionar informações acerca dos seus filhos; (5) a avaliação das necessidades e recursos da família confunde-se com impressões gerais e subjetivas, não existindo uma articulação entre estes aspetos e os de ordem curricular; (6) nenhum dos profissionais envolvidos na implementação de programas de intervenção precoce recebeu formação específica; (7) a avaliação do impacto das medidas de intervenção não é preocupação para nenhum dos programas aprofundados.

Já no novo milénio, Mota (2000) apresentou os resultados do estudo exploratório de caracterização da organização de serviços e práticas de IP (0-3 anos) das equipas de apoio educativo da área do grande Porto<sup>22</sup>. Na análise dos resultados, a autora realça como aspetos positivos: a integração/inclusão em contextos regulares de ensino e a capacidade de resposta imediata às situações. Como aspetos mais problemáticos, salienta a não existência de um trabalho transdisciplinar, a quase inexistente coordenação de serviços e recursos e a escassa formação dos técnicos no trabalho com famílias. Outros aspetos salientados são: uma sobrevalorização do trabalho das equipas, confundindo a desejabilidade dos técnicos com as práticas reais; um trabalho maioritariamente centrado na criança; a inexistência de divulgação dos serviços; pouca avaliação da família e consequente inexistência de objetivos para a família nos planos de intervenção; avaliação realizada pelos profissionais e centrada na criança; a não utilização do PIAF e a sua substituição frequente pelo PEI, instrumento desajustado para um planeamento adequado em IPI.

Na sequência da publicação do Despacho Conjunto 891/99, Bairrão & Almeida (2002) pretenderam colher dados sobre as práticas de intervenção precoce junto dos seus agentes. Para a recolha de dados, os autores elaboraram o Questionário aos

<sup>21</sup> Scale for Evaluating Early Intervention Programmes.

<sup>22</sup> A amostra incluiu 13 ECAE e 38 educadoras de apoio educativo. Para avaliar os programas foi utilizado o mesmo instrumento do estudo de Veiga (1995) a Scale for Evaluating Early Intervention Programs (Mitchell, 1991). Para a avaliação das perceções dos profissionais a "Family Orientation of Community and Agency Services – FOCAS (Bailey, s/d) e para o conhecimento das perspetivas de IP uma entrevista.

Educadores de Apoio Educativo - Intervenção com crianças dos zero aos seis anos, que foi distribuído, a nível nacional, pelo Núcleo de Orientação Educativa e de Educação Especial, por todos os educadores dos Apoios Educativos que davam apoio a crianças entre os zero e os seis anos. Os autores concluíram que o trabalho dos educadores continua a ser maioritariamente: centrado na criança, de carácter monodisciplinar, pressupondo uma incipiente coordenação de serviços e recursos evidenciando pouco investimento no trabalho com vista à transição da criança para outros níveis de educação. Salientamos outras conclusões, nomeadamente: (1) o carácter extremamente tardio na deteção das situações pelos Apoios Educativos; e (2) tendência no sentido de uma melhor operacionalização das práticas que caracterizam uma intervenção precoce de qualidade para o grupo de crianças entre os zero e os dois anos.

Estas conclusões encontram paralelo no estudo de Fernandes (2001, cit. in Pereira, 2009) de caracterização dos programas de IP para crianças dos zero aos três anos, implementados pelas equipas de apoio educativo na região de Trás-os-Montes. Notando a discrepância entre a forma como os profissionais envolvem as famílias (a família ainda não é considerada como parceira) e a forma como, idealmente, estas deveriam ser envolvidas, verificou a existência de práticas monodisciplinares na avaliação da criança; a ausência de trabalho transdisciplinar; a escassez de recursos e de serviços; a ausência quase total de articulação e de coordenação de serviços; a falta de formação dos profissionais no que se refere ao trabalho com famílias; e a ausência de avaliação dos programas.

Também Carrapatoso (2003) concluiu que, embora transpareça uma certa consciência, por parte dos profissionais, da necessidade de incluir as famílias nos programas, a intervenção das 49 educadoras das equipas de Apoios Educativos do Ministério da Educação na área do grande Porto, que constituíram a amostra do seu estudo, centrava-se claramente na criança (cit. in Pereira, 2009).

Outra investigação importante na zona norte, foi a desenvolvida por Serrano<sup>23</sup> (2003), no distrito de Braga, com o objetivo de identificar os recursos formais e informais utilizados pelas famílias de crianças com deficiências diagnosticadas ou em risco, com menos de 3 anos. Na análise dos resultados sobressai a grande importância que as famílias atribuem às redes de apoio informal (familiares, amigos, vizinhos, etc.) que preferem às redes formais, porque consideram que lhes proporcionam um apoio

---

<sup>23</sup> A autora conduziu uma pesquisa com um estudo de caso instrumental e coletivo, que abrangeu 13 famílias, a quem foram realizadas entrevistas semi-estruturadas onde preenchiam uma escala de necessidades da família, uma escala de apoio social e um ecomapa.

maior e mais consistente. Nas conclusões a autora aponta para a premência de uma mudança de paradigma de uma perspectiva centrada nos serviços para uma perspectiva centrada nos recursos, salientando a necessidade de se promover a formação dos profissionais, bem como uma coordenação eficaz de serviços e recursos.

Também Pimentel (2005) chegou a conclusões semelhantes nos programas de apoio precoce, analisados pela autora, no distrito de Lisboa. A investigadora concluiu que os serviços mais frequentemente prestados, quer na percepção dos pais quer na dos técnicos, são focados na criança, sendo a esses mesmos serviços que os participantes atribuem mais importância. Verificou também, que os técnicos percebem prestar mais serviços do que os pais dizem receber, o que permite concluir que os pais e técnicos têm percepções diferentes do que ocorre num programa de intervenção precoce. O tipo de equipa em que as crianças são apoiadas, a idade da criança e a idade do início do programa, o local de apoio, o nível de escolaridade dos pais e o tempo de serviço dos profissionais são também fatores que influenciam o grau em que os serviços são focados na família.

Os resultados da investigação de Pimentel (op. cit., 2005) mostram também que o apoio não é implementado segundo as práticas recomendadas, não há uma adequada e contínua partilha de informação entre pais e técnicos durante o processo de avaliação e intervenção, não sendo por isso possível falar de uma relação de parceria. A avaliação da criança é feita numa perspectiva monodisciplinar e não transdisciplinar, numa perspectiva diagnóstica e não funcional, num único contexto e de forma pontual. Não há utilização sistemática de instrumentos de referência a normas ou a critérios dessa avaliação, sendo o planeamento da intervenção feito frequentemente em função de impressões decorrentes da avaliação informal. Não está assegurada uma efetiva coordenação de serviços e recursos nem no momento da avaliação nem no planeamento da intervenção.

O estudo de Pereira (2003)<sup>24</sup> no distrito de Braga verificou que: (1) as educadoras com especialização em intervenção precoce são aquelas que evidenciam melhores resultados nos comportamentos centrados na família (CCF); (2) os CCF não estão diretamente relacionados com os anos das educadoras em IP; (3) os resultados obtidos reforçam a presença da componente relacional no atendimento às famílias, demonstrando que a componente participativa é implementada com as famílias apenas

---

<sup>24</sup> Estudo realizado junto de 96 famílias apoiadas nos programas de IP e utilizando o instrumento de avaliação desenvolvido por R. I. Allen e Petr (1997), Family Center Behavior Scale (Pereira, 2003).

pelas educadoras com especialização em IP. A autora concluiu que, em termos médios, é evidente a utilização de comportamentos centrados na família, sendo a formação dos profissionais determinante na frequência dos comportamentos apresentados.

O trabalho de avaliação do Despacho conjunto 891/99 (Felgueiras, et al., 2006), pelo Grupo Interdepartamental, dando cumprimento aos Despachos Conjuntos n.º 30/2006, de 11 de Janeiro e n.º 20 220/2006, de 4 de Outubro, foi concluído em Novembro de 2006 e caracterizaram à altura os programas de IPI em Portugal. No relatório elaborado é salientado que: (a) existem equipas de coordenação distrital (ECD) em 15 dos 18 distritos do continente (os três distritos sem cobertura destas equipas situam-se no norte do país, nos distritos do Porto, Braga e Viana do Castelo); (b) os distritos onde existem ECD caracterizam-se igualmente pela existência de equipas de intervenção direta (EID), geralmente de âmbito concelhio, com exceção dos distritos de Lisboa e de Vila Real, devido à criação recente das ECD; (c) existem 136 EID, distribuídas por 160 concelhos, que integram 1013 profissionais de diferentes áreas disciplinares (a área disciplinar predominante é a da educação de infância e as áreas em défice são as das terapias e da psicologia); (d) as regiões do Norte, de Lisboa e Vale do Tejo, caracterizam-se pela existência de programas de IPI diferenciados e não articulados, não enquadrados pelo Despacho Conjunto 891/99; e (e) as regiões do Centro e Alentejo caracterizam-se por uma adequada articulação de serviços e rentabilização de recursos da comunidade, por uma uniformidade de procedimentos, e por incrementos de investimento na formação e na supervisão dos profissionais envolvidos nas diferentes equipas. Na região norte, além de se verificar que foi mais difícil ou não se criaram as ECD e de se prestar serviços de qualidade diversificada e com menor envolvimento dos serviços públicos, o relatório refere uma menor uniformidade de procedimentos e de rentabilização de recursos existentes e, como aspeto positivo, uma dinamização e criação de novas prespostas de IPI na comunidade (Felgueiras, et al., 2006).

O trabalho de Almeida (2009a) pretendeu traçar uma panorâmica geral da situação da IPI e da utilização do modelo de intervenção centrado na família (ICF) em Portugal e tentar perceber até que ponto a prática desenvolvida se enquadra num modelo sistémico e bioecológico de prestação de serviços e naquelas que são, neste âmbito, as práticas recomendadas baseadas na evidência. A primeira conclusão que retirou é que existe uma concordância importante no que diz respeito ao quadro que é possível traçar a partir das informações recolhidas aos três diferentes níveis: especialistas de IPI,

equipas/profissionais de IPI de todo o país (à exceção do Algarve) e estudo de caso. Segundo a autora, verificou-se que existe uma assimilação grande em relação aos conceitos teóricos genéricos subjacentes à prática da IPI e da ICF, mas dificuldade na sua operacionalização. No entanto, as famílias valorizam as componentes do programa que mais se aproximam da ICF e, de um modo geral, tanto as mães como os técnicos mostram desejar uma participação mais ativa da família, mostrando-se os técnicos mais exigentes. O trabalho no sentido de promover o desenvolvimento da criança foi uma componente importante da maioria das intervenções, sendo bastante valorizada pelas famílias. No seu conjunto, constatou-se que as práticas destes profissionais correspondem às principais características da componente relacional das práticas de ajuda centradas na família, mas têm ainda muitas lacunas no que diz respeito à componente participativa dessas mesmas práticas. Os aspetos identificados como mais problemáticos foram: o envolvimento ativo das famílias, a utilização do PIAF, a mobilização e fortalecimento das redes de apoio social da família, nomeadamente, das informais, a constituição de uma rede integrada de serviços e de recursos a funcionar na comunidade, e a intervenção com as famílias de risco ambiental. Detetaram-se, ainda, algumas especificidades na caracterização que foi possível fazer das várias regiões do país (à exceção do Algarve), que seria interessante explorar noutros estudos, utilizando amostras representativas. Na análise das mudanças nas crianças e famílias do estudo de caso, identificadas pelos profissionais e famílias, verificou-se que as intervenções parecem ter tido efeitos positivos no que se refere à criança, mas não introduziram mudanças a nível da família. Esta, no entanto, mostra-se genericamente satisfeita com a intervenção. Desta análise ressaltou, ainda, a necessidade de se intervir de forma diversificada, tendo em conta as características das diferentes problemáticas. Foram ainda realçadas várias áreas possíveis de identificar como necessitando de ser melhoradas, nomeadamente, a nível: da elegibilidade, da utilização do PIAF, da mobilização das redes de apoio social da família, da colaboração sistemática com os outros recursos e serviços direcionados para as crianças dos zero aos seis anos e suas famílias, da formação e supervisão dos profissionais e da investigação, tendo sido sugeridas várias hipóteses de pesquisa.

O projeto de investigação “Avaliação do Impacto da Intervenção Precoce no Alentejo: criança, família e comunidade” (Franco & Apolónio, 2008) surgiu na sequência de um conjunto de ações que, nos últimos sete anos, permitiram dotar os três distritos do Alentejo de uma rede de IPI no desenvolvimento infantil, pioneira em



Portugal e que congrega iniciativas dos serviços regionais dos Ministérios da Saúde, Educação e Solidariedade Social, bem como das instituições privadas de solidariedade social (IPSS). Os dados obtidos neste estudo (apontam para um forte impacto da rede de IPI na atividade dos sistemas, serviços e profissionais. Houve mudanças reconhecidas nas suas práticas que, todas elas, vão no sentido daquilo que é defendido e desejado pela IPI. Subsistem algumas dificuldades ou aspetos em que será necessário melhorar no sentido de obter ainda melhores resultados, nomeadamente ao nível da elegibilidade e identificação das problemáticas e da natureza das intervenções, cuja resolução permitirá melhorar os efeitos do funcionamento da rede. O impacto avaliado em termos de desenvolvimento das crianças e famílias foi igualmente muito positivo, correspondendo o apoio da IPI a grande parte das maiores necessidades das crianças e das famílias.

Num estudo realizado recentemente por Pereira (2009) sobre a avaliação das práticas centradas na família (PCF), os profissionais (N=558) auscultados consideram que utilizam, na maioria das vezes, as práticas centradas na família no apoio que prestam em IP, embora exista uma discrepância entre as práticas que os profissionais consideram implementar e o grau de importância que lhes atribuem. Outros resultados apontam que: as práticas centradas na família são mais evidentes nas etapas planificação e intervenção<sup>25</sup>, e menos evidentes na etapa primeiros contactos e avaliação; a variável formação em serviço e tempo de serviço em IP tem impacto significativo nas práticas centradas na família; as práticas centradas na família são mais frequentemente utilizadas nos contextos naturais da família; não existe diferenciação nos resultados das práticas, tendo em conta as faixas etárias das crianças apoiadas (0-2 e 3-5 anos); e que existe uma influência positiva da articulação de serviços e de apoios, bem como da função de coordenador de caso, desempenhada por alguns profissionais nos projetos de IP, nas práticas centradas na família.

Em conclusão, estes estudos relativos à região Norte apontam, apesar dos progressos também apontados, a existência de poucas equipas e de programas de IPI diferenciados e não articulados, centrados na criança, com dificuldades em envolver ativamente as famílias e outros serviços e profissionais que intervêm na criança/família, na utilização do PIAF, na mobilização e fortalecimento das redes de apoio social da família, nomeadamente, das informais; e na constituição de uma rede integrada de serviços e de recursos a funcionar na comunidade (Almeida, 2009a; Bairrão & Almeida, 2002;

---

<sup>25</sup> O instrumento utilizado neste estudo foi um questionário (adaptação Brass Tacks), versão avaliação para profissionais, de McWilliam & McWilliam, 1993.

Carrapatoso, 2003, cit. in Pereira, 2009; Felgueiras, et al., 2006; Fernandes, 2001, cit. in Pereira, 2009; Mota, 2000; Pimentel, 2005; Serrano, 2003; Veiga, 1995).

#### **4. Avaliação da satisfação das famílias**

A avaliação do grau de satisfação das famílias com os programas de IPI, tem sido identificada como um indicador importante na avaliação dos efeitos destes programas nas famílias (Bailey & Bruder, 2005; Bailey, et al., 1998; Cruz, Fontes, & Carvalho, 2003; Hauser-Cram, Warfield, Upshur, & Weisner, 2000; McNaughton, 1994; Harbin, McWilliam, & Gallagher, 2000; Lanners & Mombaerts, 2000; McNaughton, 1994; Warfield & Hauser-Cram, 2005).

Tal procedimento permite não só avaliar a forma como está a ser desenvolvida a intervenção – o que possibilita a identificação das áreas fortes e das áreas a necessitarem de revisão, como também avaliar os próprios resultados da intervenção (Cruz et al., 2003).

De acordo com McNaughton (1994), são quatro as principais razões que justificam este tipo de avaliação: (I) o facto de os pais serem os principais responsáveis pela criança, sendo portanto a sua opinião sobre os aspetos positivos e negativos do programa de extrema importância; (II) o facto de tal informação poder ser usada para melhorar os serviços e evitar a rejeição do programa pela família; (III) o facto da participação das famílias no programa poder ser aumentada através do seu envolvimento ativo na relação; e (IV) o facto de se poderem utilizar os resultados desta avaliação para convencer os responsáveis pela delineação das políticas.

Também Warfield e Hauser-Cram (2005) consideram que a avaliação da satisfação das famílias e da perceção dos profissionais sobre os efeitos do programa, pode proporcionar informação importante aos responsáveis no que diz respeito à sua justificação em termos económicos. Segundo os autores é, igualmente, importante avaliar a perceção dos profissionais sobre os programas, pois o desenvolvimento dos serviços considerados como as “melhores práticas” pode ser difícil de implementar se estes não acreditarem nelas.

Trata-se, portanto, de uma dimensão difícil de avaliar com objetividade tendo sido as seguintes as principais razões apontadas, por diferentes autores (Bailey et al., 1998; Lanners & Mombaerts, 2000; McNaughton, 1994), para justificar esta dificuldade: (a) a relatividade da medida, uma vez que a maioria dos pais não tem outro serviço que possa servir de termo de comparação com os serviços que recebe e tem tendência a considerar

que está melhor do que na situação anterior, ou seja, sem qualquer apoio; (b) a inexistência de um padrão de referência (um critério de excelência em relação à quantidade, qualidade e forma de prestação de serviços) face ao qual os pais possam julgar a qualidade dos serviços que recebem; (c) o caráter volátil do constructo, que o torna difícil de definir e medir; (d) o facto de ser uma dimensão subjetiva que traduz as impressões e sentimentos dos inquiridos, o que leva alguns investigadores a defender, que quando se pretende avaliar uma mudança de comportamentos se deve privilegiar uma avaliação objetiva incidindo nesses mesmos comportamentos (Hawkins, 1991, Scheirer, 1978, ambos cit. in McNaughton, 1994).

A estas acresce, ainda, um facto consensual, que é o de, independentemente do tipo de programa, da localização geográfica, do modelo teórico e do grupo etário ou da condição de elegibilidade, a maioria dos pais considera-se satisfeita ou muito satisfeita com os serviços que recebem (Bailey & Bruder, 2005; Bailey et al., 1998; Lanners & Mombaerts, 2000; McNaughton, 1994). Este facto torna esta medida pouco discriminativa, o que pode levar ao questionamento sobre a utilidade da sua utilização.

Apesar destas dificuldades, os vários autores que temos vindo a citar, consideram a avaliação da satisfação como uma componente importante na avaliação dos resultados dos programas de intervenção precoce, numa avaliação abrangente da eficácia dos programas, devendo para isso os investigadores utilizar uma variedade de instrumentos de medida (ex. entrevistas, questionários, etc.). Neste domínio, Bailey e Bruder (2005) continuam a salientar a necessidade de se desenvolverem novos instrumentos que proporcionem às famílias melhores opções para avaliar a quantidade, o tipo e a qualidade dos serviços que recebem. Referem, também, a necessidade de se criarem condições para que as famílias se sintam seguras para manifestar insatisfação com os serviços, sem temerem pôr em risco a resposta que lhes é prestada, e aos seus filhos.

Inserida num projeto de avaliação a nível europeu promovido pelo Grupo Eurllyaid (Grupo Europeu para a Intervenção Precoce) foi realizada pelo Projeto Integrado de Intervenção Precoce de Coimbra (PIIP) uma avaliação da satisfação das famílias apoiadas<sup>26</sup> (Cruz, et al., 2003). Com esse intuito foi usada uma escala de satisfação das famílias em intervenção precoce (ESFIP), traduzida e adaptada para o efeito. Os resultados verificaram que as famílias apoiadas (entre Junho e Setembro de 2001) pelo PIIP, se encontram a um nível global, maioritariamente satisfeitas (46%) ou muito

---

<sup>26</sup> O estudo incidiu em 158 casos.

satisfeitas (52%), o que na escala corresponde a um índice de .93, ou seja, nível de satisfação “Bom”. No conjunto das dimensões avaliadas (apoio aos pais, apoio à criança, ambiente social, relação entre pais e profissionais, modelo de apoio utilizado, direitos das famílias, acessibilidade do serviço de IPI e estrutura e organização do serviço de IPI) verifica-se que os resultados mais positivos se situam a nível do relacionamento pais-profissionais, do modelo de apoio utilizado e do apoio prestado à criança, enquanto que os mais negativos surgem na acessibilidade ao serviço e no apoio aos pais. De salientar ainda o número elevado de famílias que não conhece o PIAF, assim como, o que, quando o conhece, o considera importante.

Um estudo preliminar<sup>27</sup> levado a cabo em 6 países (McWilliam & ER, 2003, cit. in Rantala, Uotinen, & McWilliam, 2009), utilizando a Families in Natural Environments Scale of Service Evaluation<sup>28</sup> (FINESSE; McWilliam, 2000), apurou que a maior qualidade foi encontrada em Portugal, seguido da Espanha e a menor qualidade foi encontrada na Turquia, seguida pelos EUA (Israel e Grécia encontravam-se no meio).

Uma investigação realizada, também com a FINESSE, na Finlândia (Rantala et al., 2009) teve o objetivo de determinar o estado atual das práticas de IPI e compará-las com os dados de investigações norte americanas. Os resultados mais importantes mostram que: (a) os materiais escritos davam ênfase a serviços centrados na criança (ex. terapias); (b) os objetivos eram selecionados a partir das preocupações da família para 28.8% dos inquiridos; (c) apenas 13.5% considera o apoio à família como prática habitual; (d) apenas 9.6% dos inquiridos referiu que presta apoio material, informativo e emocional à família.

Num outro estudo levado a cabo por Lanners & Mombaerts (2000) em que se pretendia avaliar a satisfação dos pais com os serviços de IP dentro de alguns países da Europa, os autores concluíram que os serviços de IP não satisfaziam as expectativas dos pais relativamente ao acesso a redes de apoio social, quer para a criança, quer para os pais. Daí que os autores consideram ser necessário desenvolver estratégias para habilitar os profissionais a ajudarem os pais a acederem às redes de apoio social.

---

<sup>27</sup> Usando uma amostra não representativa.

<sup>28</sup> Escala de Avaliação dos Serviços para Famílias em Ambientes Naturais (EASFAN). Trata-se de um inquérito com 34 questões sobre práticas ideais e práticas habituais. Disponível em [www.siskin.org](http://www.siskin.org).

## **5. Principais desafios**

No relatório do Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development (Shonkoff & Phillips, 2000), os autores indicam as cinco principais características dos programas de intervenção precoce eficazes, sobre as quais deverá, no futuro, incidir a reflexão em termos empíricos: (I) a individualização da intervenção; (II) a qualidade dos programas; (III) o timing, intensidade e duração da intervenção; (IV) os conhecimentos e competências do profissional, bem como o seu relacionamento com a família; e (V) a orientação centrada na família baseado na comunidade e na coordenação de serviços.

Assim, no futuro é essencial conduzir avaliações da qualidade dos programas de IPI e da aplicação na prática dessas avaliações. Advoga-se a utilização de metodologias compósitas recorrendo a métodos quantitativos e qualitativos, nomeadamente, quando se pretende responder a questões no âmbito da avaliação de programas. Defende-se também uma avaliação participativa onde, através do envolvimento e colaboração de todos os agentes envolvidos de forma direta ou indireta num programa (stakeholders: pais, profissionais, entidades financiadoras, etc.), há produção de conhecimento. Este conhecimento levará a ações corretivas envolvendo todos os agentes interessados no programa num processo de decisão partilhado.

Com esta reflexão, terminamos igualmente a revisão teórica que serve de enquadramento do estudo empírico que apresentamos de seguida.

## **CAPÍTULO VI**

### ***ENQUADRAMENTO, OBJETIVOS E HIPÓTESES***

*“Até o conhecimento acadêmico mais básico poderá ser de estranheza para a forma de como os membros da família vêem o seu mundo”*

(Singer, 2002, p. 149)

Com o título Identificação e Análise dos Projetos de Intervenção Precoce na NUT III Norte Ave, o estudo apresentado no âmbito da presente dissertação de mestrado surgiu no contexto de um conjunto integrado de fatores: uma prática profissional no campo da intervenção precoce de cerca de 12 anos de serviço, uma enorme curiosidade sobre a intervenção realizada noutras equipas e, por fim, uma enorme paixão pelo trabalho com bebés e crianças pequenas com NE e suas famílias.

Pretendemos estudar as práticas de intervenção precoce na infância nos quais analisamos as perspetivas de todos os intervenientes no processo da IPI na NUT III Norte Ave (oito municípios abrangidos). Pensamos assim contribuir para uma melhor compreensão do processo de intervenção e das práticas de avaliação e intervenção que melhores resultados evidenciam.

Quatro proposições conceituais estão subjacentes à formulação dos objetivos, hipóteses e à conceção do desenho de investigação do presente estudo:

- (1) o desenvolvimento e os comportamentos da criança (família) não podem ser compreendidos independentemente dos contextos em que ocorrem (Bronfenbrenner, 1986; Dunst, 2001);
- (2) a intervenção deve ser centrada na família e na comunidade (Bruder, 2000a, 2010a,b; Dunst, 1997, 2001, 2005; Dunst, Trivette, & Hamby, 2010; Dunst, Raab, Trivette, & Swanson, 2010; Gronita, et al., 2009; Guralnick, 2001b; WPPNE, 2007a,b, 2008; Pereira, 2009; Pimentel, 2005; Serrano, 2003, 2007; Trivette & Dunst, 2000; Turnbull, et al., 2007);

- (3) a intervenção deve ocorrer nos ambientes de aprendizagem naturais da criança, basear-se nas atividades e utilizar práticas desenvolvimental e individualmente apropriadas (Almeida, 2009a; Bricker, 2001; Bruder, 2000a; Bruder & Dunst, 1999; Campbell, 2004; Childress, 2004; Dunst, 2007; Dunst, et al., 2001; Dunst, et al., 2000; Dunst, et al., 2010; Hanft & Pilkington, 2000; Jung, 2003; WPPNE, 2008; Roper & Dunst, 2003; Carvalho, Pereira, & Serrano, 2003; Woods & Lindeman, 2008; Wolery, 2000);
- (4) a intervenção deve basear-se na colaboração e promover a integração e coordenação de serviços e de recursos (Almeida, 2009a; Bruder, 2005, 2010a,b; Dunst, 2005a,b, 2006, 2007; Dunst & Bruder, 2002, 2006; Gronita, et al., 2009; Guralnick, 2005b, 2011; Hanson & Bruder, 2001; Harbin, McWilliam, & Gallagher, 2000; Harbin, Rous, & McLean, 2005; Hoyden, Frederick, & Smith, 2003; Odom & Wolery, 2003; Sandall, McLean, & Smith, 2000).

Para além destas proposições, baseadas em evidências empíricas, uma constatação prática permitiu identificar um domínio de investigação pouco explorado, orientando a definição dos objetivos de trabalho e das hipóteses de investigação. Efetivamente o processo de revisão da literatura permitiu verificar que, até ao momento, poucos estudos tinham recorrido à concetualização e operacionalização da avaliação propostas por inúmeros investigadores (Dunst & Trivette, 2008; Odom, et al., 2005; Shonkoff e Phillips, 2000) para analisar as práticas de intervenção precoce na infância.

### **Objetivos do Estudo**

Assim, com base nestas proposições e considerando o estado da arte nos domínios teóricos relevantes, este estudo foi concebido com o intuito de concretizar os seguintes objetivos de trabalho:

No sentido de clarificar esta finalidade, e tendo por base a revisão da literatura realizada, bem como a nossa experiência profissional, definiram-se os seguintes objetivos de estudo:

- 1) Caracterizar os projetos de IPI em termos de NUT III Norte Ave onde estão implementados, seu enquadramento global, a existência de articulação, pontos fortes e fragilidades, o número de crianças atendidas, problemáticas e local onde é prestado o apoio, bem como aspetos diversos do processo de avaliação e intervenção;

2) Caracterizar, do ponto de vista demográfico e profissional os participantes do estudo que integram os projetos de IP na NUT III Norte Ave: profissionais: idade, género, tipos de formação, anos de serviço, papéis desempenhados nas equipas/serviços, etc.; encarregados de educação: idade, sexo, habilitações literárias, profissão, etc.; crianças: idade, sexo, idade aquando do início do apoio, problemática, modalidade de apoio, integração pré-escolar, etc.;

3) Identificar a frequência das práticas centradas na família e nos ambientes naturais de vida da criança e família, enquadradas num modelo de terceira geração, ou de intervenção precoce baseado na evidência (Dunst, 2000b, 2005a), utilizadas pelos profissionais, nos projetos da NUT III Norte Ave;

4) Investigar se os PIP têm a preocupação de desenvolver e de coordenar as redes de apoio formal e informal da família, desenvolvendo a componente de apoio social?

5) Identificar os serviços recebidos, bem como a satisfação das famílias em relação a estes;

6) Identificar as medidas a adotar, bem como as barreiras impeditivas à implementação das práticas centradas na família e nos ambientes naturais de vida da criança e família;

Tendo em conta estes objetivos de trabalho, foram formuladas as seguintes hipóteses de investigação:

Hipótese 1: Encarregados de educação com graus mais elevados de formação apresentam níveis mais altos de satisfação.

Hipótese 2: Existe maior grau de satisfação nas famílias com mais frequência de apoio.

Hipótese 3: Reuniões com técnicos estão relacionadas com a componente participativa e relacional das práticas de ajuda centrada na família.

Hipótese 4: Existe uma relação positiva entre apoio social formal e informal e satisfação.

Hipótese 5: O apoio informal conduz a uma maior satisfação quando comparado com o apoio formal.

Hipótese 6 – O apoio prestado às crianças e famílias em IPI na NUT III Norte Ave é centrado na comunidade.

Hipótese 7: A satisfação é influenciada pela quantidade de apoios formais/informais e as práticas centradas na família.



Hipótese 8: O apoio prestado às crianças é centrado na família.

Hipótese 9: Os encarregados de educação de crianças com dificuldades múltiplas têm menos apoios informais.

Hipótese 10: Os encarregados de educação de crianças com dificuldades múltiplas estão mais insatisfeitos com o apoio.

Hipótese 11: As variáveis relativas à criança (idade, idade de início do apoio, tempo de apoio e grau de risco) vão influenciar a satisfação com os serviços.

Hipótese 12: As PCF e a satisfação variam em função do local onde é realizado o apoio ou do número de serviços que beneficiam as crianças e famílias.

As opções metodológicas adotadas na elaboração deste estudo visam estudar e analisar uma realidade que conhecemos – Intervenção Precoce, de forma realista e crítica, salvaguardando a relação de objetividade do investigador, através de um desenho de natureza mista, que nos permita, através da utilização de dados quantitativos e qualitativos verificar as hipóteses formuladas, determinando comparações, associações e correlações possíveis entre variáveis definidas (Almeida & Freire, 2007).

## **CAPÍTULO VII**

### **MÉTODO**

*Tudo o que um sonho precisa para ser realizado é de alguém que acredite nele.*

*Roberto Shinyashiki, escritor*

Nesta parte do trabalho descreveremos com detalhe todas as condições de realização do estudo empírico, nomeadamente a seleção dos participantes, os instrumentos e procedimentos utilizados e o desenho do estudo.

#### **1. Participantes**

Como atrás referimos, decidimos situar este estudo nos serviços ou equipas existentes na NUT III Norte Ave<sup>29</sup>. Assim, foram selecionados, o conjunto de crianças e respetivas famílias em apoio, os profissionais que lhes prestam acompanhamento e apoio, bem como os diretores ou coordenadores desses serviços ou equipas.

Nesta ordem de ideias, neste estudo participaram três grupos distintos: encarregados de educação (n= 55), profissionais (n= 16), diretores (n= 5) que integram os serviços/equipas de IPI nos 8 municípios que compõem a NUT III Norte Ave.

#### **1.1. Instituições**

Num trabalho inicial de exploração dos serviços/equipas existentes na NUT III Norte Ave foi-nos possível encontrar três Agrupamentos de Escolas Referência para a Intervenção Precoce (AERIP) e quatro Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS)/Cooperativas de Solidariedade Social (CSS) com serviços e programas de IPI<sup>30</sup>. Um contacto inicial permitiu a nossa apresentação, dos objetivos do estudo e confirmar moradas e e-mails, bem como auscultar acerca da preferência dos presidentes/diretores pelo canal de comunicação (carta ou e-mail) a utilizar para o pedido de colaboração e

---

<sup>29</sup> Composta por 8 municípios - Vila Nova de Famalicão, Guimarães, Vizela, Fafe, Cabeceiras de Basto, Mondim de Basto, Póvoa do Lanhoso, Vieira do Minho – 1245 Km<sup>2</sup>, 509 969 habitantes.

<sup>30</sup> De forma a garantir a privacidade e confidencialidade optámos por não realizar qualquer tipo de referência ou identificação do das organizações, colaboradores ou encarregados de educação que participaram neste estudo.

participação. Após a seleção das instituições, foram enviadas cartas ou e-mails aos respetivos presidentes/diretores das instituições. O conteúdo incluía um pedido de autorização para a realização do estudo, informação acerca dos objetivos, síntese prática dos principais procedimentos e disponibilização para reunião (ver modelo utilizado no Anexo 1). O envio destas cartas e e-mails foi seguido de um novo contacto telefónico com o objetivo de fornecer informações adicionais acerca do estudo e de saber acerca do interesse e disponibilidade em participar no estudo. Após a manifestação de interesse e disponibilidade por parte dos presidentes/diretores procedeu-se à marcação de reuniões entre o responsável pelo estudo e os elementos apontados pelas instituições (diretores/coordenadores). Durante estas reuniões, os diretores/coordenadores das instituições tiveram acesso a informação escrita acerca dos objetivos do estudo e a informação oral acerca dos procedimentos de recolha de dados. Com base nestas informações, diretores ou coordenador.

No decurso do procedimento de seleção da amostra, foram contactadas sete instituições (três AERIP e quatro IPSS/CSS com Serviços de IPI). Das sete instituições elegíveis, duas recusaram participar, perfazendo, assim, uma taxa de participação de 71.4%. Das cinco que participaram, uma não respondeu na totalidade ao questionário para coordenador ou diretor.

## **1.2. Caraterização dos pais**

Participaram neste estudo 55 encarregados de educação ou prestadores de cuidados, 46 do sexo feminino (83.6%) e nove do sexo masculino. Os graus de parentesco com a criança variaram entre: mãe (n= 46; 83.6%), pai (n= 7; 12.7%), avô (n= 1; 1.8%), pai adoptivo (n= 1; 1.8%). A média de idades encontrada foi de  $M= 36.62$  ( $DP= 7.79$ ); o encarregado de educação mais jovem tinha 22 anos (mãe) e o mais velho 72 anos (avô).

### **1.2.1. Caraterização das crianças**

Embora os participantes diretos do nosso estudo sejam os pais ou encarregados de educação, parece-nos importante fazer a caraterização das crianças que estavam a ser atendidas. Estas foram caraterizadas segundo os seguintes critérios: sexo, idade atual (à data da entrevista), número de irmãos, posição na fratria, tipo de dificuldades e o diagnóstico indicado pelos pais na entrevista. Deixaremos para o capítulo seguinte a apresentação dos resultados relacionados diretamente com o apoio: a idade no início do

apoio, tempo de apoio, frequência do apoio e local de apoio e outras características relacionadas com o apoio à criança/família.

Relativamente aos géneros de pertença, a percentagem de rapazes é de 65.5% e raparigas é de 34.5% (cf. Quadro 15).

Quadro 15. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Sexo da Criança*

Sexo da criança	N	%
Masculino	36	65.5
Feminino	19	34.5

Relativamente à idade atual, verificámos no Quadro 16, que a média de idades encontrada foi de  $M= 50.38$  ( $DP= 19.37$ ); a criança mais pequena tinha seis meses e a mais velha 84 meses<sup>31</sup>. Também no que respeita à idade de início do apoio se verifica que a média de idades é de 16.40 ( $DP= 12.10$ ); a criança mais pequena a iniciar o apoio tinha oito dias de vida e a criança com mais idade tinha 51 meses. A maioria das crianças quando foi iniciado o apoio encontrava-se na faixa etária entre os zero e os 12 meses de idade ( $n= 25$ ; 45.5%), seguida da faixa etária entre os 12 e os 24 meses ( $n=19$ ; 34.5%), depois na faixa dos 24 aos 36 meses ( $n= 7$ ; 12.7%) e, por fim, na faixa etária acima dos 36 meses ( $n= 4$ ; 7.3%). No que respeita ao tempo de apoio, através da análise do mesmo quadro, é possível verificar a média de tempo de serviço em IPI foi de  $M= 33.98$  ( $DP= 20.63$ ); com o tempo mínimo de dois meses e o máximo de 82 meses.

Quadro 16. *Mínimos, Máximos, Médias (M) e Desvios Padrão (DP) para a Idade atual da Criança, Idade no Início do Apoio, Tempo de apoio*

	Mínimo	Máximo	M	DP
Idade atual da criança	6.00	84.00	50.38	19.37
Idade no início do apoio	0.08	51.00	16.40	12.10
Tempo de apoio	2.00	82.00	33.98	20.63

No Quadro 17 podemos verificar que a maioria das crianças ( $n= 22$ ; 40%) são filhos(as) únicos(as) ou têm um irmão ( $n= 22$ ; 40%). São oito as crianças que têm dois irmãos (14.5%), uma que tem três irmãos (1.8%) e duas que possuem cinco irmãos (3.6%)

<sup>31</sup> Corresponde a sete anos de idade.

Quadro 17. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Número de Irmãos*

Número de irmãos	N	%
Nenhum	22	40.0
Um	22	40.0
Dois	8	14.5
Três	1	1.8
Cinco	2	3.6

Pela análise do Quadro 18, pode verificar-se que 49.1% das crianças são a primeira da fratria, que 32.7% são a segunda, que 12.7% são a terceira, que 1.8% é a quarta e que 3.6% são a sexta da fratria.

Quadro 18. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a Posição na Fratria*

Posição fratria	N	%
É a primeira	27	49.1
É a segunda	18	32.7
É a terceira	7	12.7
É a quarta	1	1.8
É a sexta	2	3.6

Quanto às dificuldades ao nível do desenvolvimento (Quadro 19), segundo os pais, as crianças tinham situações muito diversificadas, sendo que 31 apresentavam dificuldades múltiplas, 14 apresentavam atraso global do desenvolvimento (AGD), que nove apresentavam dificuldades de linguagem e que uma tinha dificuldades motoras.

Quadro 19. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para as Dificuldades da Criança*

Dificuldades da criança	N	%
Atraso Global do Desenvolvimento	14	25.5
Dificuldades motoras	1	1.8
Dificuldades na linguagem	9	16.4
Dificuldades múltiplas	31	56.4

Caracterizaremos as crianças baseando-nos no diagnóstico apontado no âmbito das entrevistas aos pais/encarregados de educação. Podemos observar no Quadro 20

situações de diagnóstico muito diversas, que correspondem maioritariamente a casos de risco estabelecido (n= 41; 74.5%) – patologias orgânicas causais ou concomitantes. Nesta categoria foram incluídos os síndromas, as doenças metabólicas, as doenças neurológicas, as doenças genéticas, as dificuldades sensoriais e neuromotoras, problemas relativos a infeções ocorridas durante o período de gravidez como por exemplo o citomegalovirus e a rubéola. As patologias encontradas foram muito variadas e distintas. Perante este facto houve necessidade de as agrupar em categorias, as quais se apresentam no Quadro 20.

Quadro 20. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Diagnóstico*

Caraterização diagnóstica	N	%
Síndromes - alterações cromossómicas ou genéticas	13	23.6
Anomalias do Sistema Nervoso Central <sup>32</sup>	1	1.8
Perturbações de Espectro de Autismo (PEA)	6	10.9
Doenças neurológicas	8	14.5
Paralisia cerebral	10	18.2
Prematuridade/baixo peso/problemas obstétricos	2	3.6
Défice sensorial <sup>33</sup>	3	5.5
Atraso de desenvolvimento (risco)	9	16.4
Diagnóstico em estudo	3	5.5

A sua análise permite verificar que a categoria relacionada com os síndromes foi a mais identificada, 23.6% dos casos. Como mais sinalizados encontram-se: a trissomia 21 (6 casos) e síndromes vários como a trissomia 8, síndrome de Prader-Willi, a síndrome de Angelman, o ATR-X, o síndrome X-Frágil, o CATCH 22 e o Smith e Magenis (1 cada). Os restantes três casos correspondem a síndromes não esclarecidos, isto é, com diagnóstico em estudo.

A categoria da paralisia cerebral foi a que registou uma maior percentagem de identificações, depois dos síndromes genéticos. Esta correspondeu a 18.2% das situações apresentadas e dada a relevância desta patologia sentiu-se a necessidade de se criar uma categoria específica.

Como se pode observar no Quadro 20, para além das categorias já examinadas, foram estabelecidas outras, que incluem outro tipo de patologias, as quais se passa a

<sup>32</sup> As microcefalias e hidrocefalias foram inseridas neste grupo.

<sup>33</sup> P. ex. baixa visão/cegueira, surdez.

descrever. As outras patologias foram integradas em diversas categorias, a saber: (a) doenças neurológicas (n= 8; 14.5%); (b) PEA (n= 6; 10.9%); (c) deficiência auditiva (n= 3; 5.5%); (d) anomalias do sistema nervoso central (n= 1; 1.8%). Foram ainda criadas três categorias para a prematuridade, baixo peso e problemas obstétricos (3.6% dos casos); atraso<sup>34</sup> e perturbações do desenvolvimento não associados a patologias orgânicas (n= 9, 16.4%).

Relativamente à situação educativa atual (cf. Quadro 21), verificámos que na maioria dos casos frequenta jardim de infância (65.5%), creche (16.4%) e estão em casa (14.5%). Se juntarmos os casos que frequentam creche e jardim de infância atingimos uma percentagem de 81.9%, correspondente a 45 casos. Estes dados vão ao encontro do trabalho<sup>35</sup> recente de Serrano e Afonso (2010) quando referem que a maioria das crianças é incluída no sistema de educação pré-escolar.

Quadro 21. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a Situação Educativa Atual*

Situação educativa actual	N	%
Casa	8	14.5
Ama	1	1.8
Creche	9	16.4
Jardim de Infância	36	65.5
Outra situação <sup>36</sup>	1	1.8

### 1.3. Profissionais

Caraterizaremos os profissionais de apoio em função da sua profissão, formação de base, especialização, idade, tempo de trabalho em intervenção precoce e número de crianças apoiadas.

Responderam ao questionário 16 profissionais, 11 de IPSS/CSS (68.75%) e cinco (31.25%) de AERIP, cujas caraterísticas apresentamos nos Quadros 22 e 23. A média de idades encontrada foi de M= 37.12 (DP= 9.29). O grupo de participantes é todo do sexo feminino e o leque etário é abrangente, com uma amplitude de 39 anos. No que se refere às habilitações literárias, todos têm, pelo menos uma licenciatura, sendo que cinco têm

<sup>34</sup> Incluindo crianças em risco de atraso do desenvolvimento devido a dificuldades ligadas a aspetos sócio-familiares ou causas psicossociais.

<sup>35</sup> O Projeto pode ser consultado no site [www2.uni-siegen.de/~zpe/eceis/Portugal/index.htm](http://www2.uni-siegen.de/~zpe/eceis/Portugal/index.htm).

<sup>36</sup> Trata-se de bebé que está aos cuidados de avó materna. Podia ser incluída na dimensão casa, no entanto, pela especificidade do caso decidimos optar por colocar em Outra situação.

pós-graduação em áreas diferentes da educação especial e os dois mestrados são em intervenção precoce.

Quadro 22. *Sexo, Idade e Nível educativo*

Sexo		Idade				Habilitações Literárias		
Masc	Fem	Média	DP	Min	Max	Licenciatura	Pós-Graduação <sup>37</sup>	Mestrado
0	16	37.12	9.29	24	63	9	5	2

Relativamente à categoria profissional dos participantes e respetivo tempo de serviço em intervenção precoce, poderemos analisar o Quadro 23.

Quanto à situação profissional, verificamos que é relativamente diversificada, sendo que são os educadores os profissionais mais representados (7), seguindo-se o conjunto dos terapeutas (4), os psicólogos (3) e os técnicos de serviço social<sup>38</sup> (3). No que se refere ao tempo de serviço parece-nos de salientar que 50% dos profissionais (n= 8) encontram-se no grupo entre os zero e os cinco anos de experiência, que 12.5% (n= 2) situam-se no grupo entre os seis e os dez anos de serviço e que 37.5% (n= 6) têm mais de 10 anos de experiência em IPI. A média de tempo de serviço encontrada foi de 6.93 (DP= 4.79).

Quadro 23. *Situação Profissional e Anos de Experiência*

Situação Profissional						Anos exper. em IPI	
Educador	Psicólogo	TF	FT	Assistente Social	Téc. Política Social	Média	DP
7	2	3	1	2	1	6.93	4.79

A média de crianças/famílias por profissional (educadores e terapeutas) é de 9.45 (DP= 3.23). Se contemplarmos só os educadores sob a alçada do ME, a média sobe para 10 (DP= 2.04).

<sup>37</sup> Das cinco pós-graduações duas são especializações em IP.

<sup>38</sup> Juntei o técnico de política social ao grupo dos assistentes sociais pelo facto de ser um profissional que realiza tarefas na mesma área.



## **2. Instrumentos**

Neste trabalho utilizamos sete instrumentos para a recolha de dados:

1. Questionário de caracterização geral dos Programas de Intervenção Precoce na Infância (PIPI),
2. Entrevista/Questionário para pais,
3. Questionário para profissionais,
4. Escala de Avaliação do Apoio Social à Família (EAASF),
5. Escala de Avaliação da Satisfação das Famílias em Intervenção Precoce (ESFIP),
6. Escala das Práticas Centradas na Família (EPCF),
7. Checklist de Práticas Centradas na Família (CPCF).

### **2.1 Questionário de Caracterização dos Programas de Intervenção Precoce**

Este questionário (Anexo 2) foi elaborado por nós a partir da nossa experiência e objetivos a alcançar com este instrumento. Elaboramos um questionário informático de forma a facilitar o preenchimento e consequente envio via e-mail. Com este instrumento pretendíamos caracterizar os modelos teóricos que orientam as práticas de IPI nos diferentes serviços de forma a podermos analisar em que medida se aproximam das práticas recomendadas na literatura da especialidade.

Este questionário abrangia diversas áreas:

- Identificação e objetivo global do programa – incluindo questões relativas ao início de atividade, entidades promotoras, missão, filosofia e princípios do serviço, modelo de intervenção, tipo de parcerias, entidades financiadoras e constituição da equipa;
- Caracterização global da população atendida – incluindo questões relativas ao critérios de elegibilidade e prioridade, ao atendimento (número de crianças atendidas, em avaliação/admissão, a aguardar resposta e número de crianças em processo de transição), características das crianças atendidas (sexo, idade início do apoio, idade actual, diagnóstico, etiologia e tipo de risco);
- Características do processo de apoio através de existência ou não de: divulgação do serviço; primeiro contacto; avaliação da elegibilidade/desenvolvimento e instrumentos usados; participação dos pais na avaliação da criança; relatório da avaliação do desenvolvimento; identificação das preocupações, prioridades e

recursos da família<sup>39</sup>; PIAF ou PIIP; metodologia de responsável de caso; visitas domiciliárias; reuniões de avaliação ou revisão do Plano/Programa; procedimentos relativos à transição; relatório de transição; supervisão técnica; formação interna em serviço; formação externa; reuniões gerais com toda a equipa e relatório de actividades do serviço;

- Materiais e instrumentos de avaliação e intervenção disponíveis no serviço;
- Aspetos positivos e negativos do organismo ou equipa de IPI.

## **2.2 Entrevista / Questionário para Pais**

Para analisar as ideias das famílias sobre a forma como está a decorrer a intervenção, foi construído um guião de entrevista/questionário (Anexo 3), inspirado no questionário utilizado por Pimentel (2005), com perguntas abertas e fechadas, com base na revisão da literatura, na discussão com especialistas e na nossa experiência e conhecimento da realidade em estudo.

O guião de entrevista/questionário foi dividido em duas partes: a primeira<sup>40</sup> como objetivo de caracterizar os inquiridos e a segunda as práticas de intervenção precoce na infância relativas a cada criança/família abrangida pelo nosso trabalho. Assim, tem inicialmente os dados de caracterização do inquirido(a) a que se seguem questões relativas à orientação inicial dada e conhecimento do Programa de Intervenção Precoce. A partir daí, as questões contemplam aspetos relativos ao processo de avaliação/reavaliação no âmbito do apoio, às características do programa de intervenção precoce, à partilha de informação com os técnicos e ao sigilo relativamente à informação sobre a criança.

Na última parte, após o preenchimento do questionário, os pais responderam à escala de avaliação da satisfação relativamente aos serviços recebidos, à escala de avaliação do apoio social e à escala de avaliação das práticas centradas na família, que daremos a conhecer nas alíneas seguintes.

## **2.3 Questionário para Profissionais**

Este questionário (Anexo 4), construído para o efeito, com base na revisão da literatura e no nosso conhecimento sobre a realidade em estudo, foi concebido com o objectivo de recolher dados de caracterização dos profissionais e das crianças apoiadas e

---

<sup>39</sup> Incluindo metodologia usada e participação da família/prestadores de cuidados.

<sup>40</sup> Óptamos por utilizar a I Parte da ESFIP – Dados Gerais, acrescentando apenas em D3 algumas modalidades de apoio.

sobre as ideias dos técnicos relativamente à IPI e à forma como decorrem os apoios ao longo de todo o processo. Este instrumento está dividido em quatro partes: (1) caracterização do profissional (profissão, idade, habilitações literárias e tempode trabalho em IP); (2) caracterização das crianças apoiadas (sexo, idade actual, diagnóstico, modalidade e periodicidade do apoio); (3) caracterização do processo de apoio e ideias acerca da IPI; e (4) apreciação global acerca dos aspetos positivos e negativos do organismo/equipa de IPI.

O instrumento é composto por 29 questões (23 abertas e seis fechadas) diferentes das colocadas aos pais, apenas três questões são iguais ou é possível realizar algum paralelismo. As perguntas relativamente à avaliação e planeamento da intervenção são mais detalhadas e contemplam aspetos técnicos específicos.

#### **2.4 Escala de Avaliação do Apoio Social à Família**

Como observamos anteriormente a intervenção tem que ser consistente com os objetivos e prioridades da família. A Escala de Avaliação do Apoio Social à Família (EAASF, Anexo 5), conhecida por Family Support Scale (FSS) da autoria de Dunst, Jenkins e Trivette (1984, cit. in Dunst, Jenkins, & Trivette, 1988)<sup>41</sup>, traduzida e adaptada para o Departamento de Educação Especial e Reabilitação da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa, com autorização dos autores, por Doutora Maria Teresa Coutinho e Dr.<sup>a</sup> Filipa Xavier (1997), foi utilizada com o objetivo de examinarmos os efeitos do apoio social e medir a capacidade e utilidade das fontes de apoio no auxílio que prestam à família. Este instrumento<sup>42</sup> tem sido usado para medir as perceções das famílias de crianças com NE sobre a utilidade e disponibilidade das diversas fontes de apoio social da sua rede de apoio.

Estes autores realçam porém, a utilização da escala em numerosos estudos ligados à avaliação dos efeitos do apoio social, na saúde e bem estar parental, integridade familiar, perceções dos pais sobre o funcionamento da criança e estilos de interação pais-criança.

A versão original da escala é constituída por 20 itens, dos quais dois com resposta aberta. Na versão Portuguesa, a EAASF é constituída pelos mesmos, 20 itens, existindo apenas um para resposta aberta (item n.º 20), tendo o outro dado lugar à opção

---

<sup>41</sup> Family Support Scale. C. Dunst, V. Jenkins & C. Trivette (1988). In C. Dunst, C. Trivette & A. Deal, *Enabling and empowering families* (p.157). Cambridge, MA: Brookline Books.

<sup>42</sup> Que conhecemos da nossa prática profissional à alguns anos atrás.

“vizinhos” (item n.º 9). Os itens da Escala referem-se às diversas fontes que eventualmente prestam apoio à família e que incluem tanto indivíduos (esposa/o, familiares do pai e da mãe, vizinhos, amigos, colegas de trabalho, médicos, outros profissionais, etc.) como grupos (igreja e associações a ela ligadas, grupos de pais, serviços como a creche, o infantário, etc.) (Serrano & Bento, 2004). Na resposta a esta Escala os pais indicaram quais as fontes disponíveis e, seguidamente, a eficácia da ajuda prestada por cada uma das fontes identificadas pela família foi descrita através de uma cotação de 0 a 5, segundo uma escala de Likert, distribuída da seguinte forma: 0 = não disponível (falecido, ausente, mora longe, etc.); 1 = não ajuda; 2 = por vezes ajuda; 3 = geralmente ajuda; 4 = ajuda muito; 5 = ajuda imenso.

Segundo Dunst e Trivette (1986, cit. in Coutinho, 1999) os itens da escala FSS podem ser agrupados em duas grandes categorias: informais e formais. Desta forma, avaliámos isoladamente a extensão destes dois tipos de redes de apoio social por família, quer ao nível do número de fontes de apoio informais e formais disponíveis (através da totalidade de respostas aos itens que não foram considerados como “não disponíveis”), quer ao nível da utilidade das fontes informais e formais disponíveis (mediante a soma da pontuação obtida em cada item considerado como “não disponível”).

De acordo com Coutinho (1999), por forma a avaliarmos também isoladamente a disponibilidade das diversas fontes de apoio social e em que medida são úteis para estas famílias, agrupámos ainda cada um dos referidos tipos de redes em cinco subcategorias (referentes às fontes): (1) Rede Informal: (a) Subcategoria Familiares – pais, sogros, cônjuge, parentes e filhos (1,2,3,4,5 e 8); (b) Subcategoria Não Familiares (indivíduos) – amigos, vizinhos, colegas e outros pais (6,7,9,10 e 11); e (c) Não Familiares (grupos sociais) – grupos da igreja e padre e grupos de pais (12, 13 e 14); (2) Rede Formal: (d) Subcategoria Profissionais – médicos; assistentes sociais, terapeutas e educadores (15 e 18); (e) Subcategoria Serviços – saúde, sociais, saúde mental, creche e jardim-de-infância, programa de intervenção precoce e apoio educativo (16, 17 e 19).

Nos estudos realizados sobre a consistência interna dos dados da escala original, utilizando o teste de Alfa de Cronbach, foi encontrado um valor de  $\alpha = .77$ . Verificou-se, ainda, noutras análises, considerando os valores do total da escala, que esta aparecia significativamente correlacionada com o bem-estar pessoal ( $r = .28$ ,  $p < .01$ ), a integridade da unidade familiar ( $= .18$ ,  $p < .01$ ), as percepções dos pais sobre o

comportamento da criança ( $r = .19$ ,  $p < .05$ ) e com a interação pais-criança ( $r = .40$ ,  $p < .001$ ) (Dunst, Trivette & Hamby, 1994, cit. in Coutinho, 1999).

O grau de confiança e de validade da escala foram comprovados no estudo desenvolvido por Dunst et al., (1988), que incluiu 139 pais (96 mães e 43 pais) de crianças com NE, em idade pré-escolar, sendo a consistência interna de .77 e o grau de confiança de .75 (coeficiente de bipartição). Um e dezoito meses após os resultados obtidos foram, respetivamente,  $r = .75$  ( $SD = .17$ ,  $p < .001$ ) e  $r = .41$  ( $SD = .18$ ,  $p < .05$ ) para a correlação entre os itens e de  $r = .91$  ( $p < .001$ ) e  $r = .47$  ( $SD = .18$ ,  $p < .01$ ) para a pontuação total da escala. A escala foi também relacionada com o bem estar dos pais ( $r = .28$ ,  $p < .01$ ), com a integridade da unidade familiar, ( $r = .18$ ,  $p < .01$ ) e com as percepções dos pais sobre o comportamento da criança ( $r = .19$ ,  $p < .05$ ).

## 2.5 Escala de Avaliação da Satisfação das Famílias em Intervenção Precoce

A Escala Europeia de Satisfação das Famílias em Intervenção Precoce<sup>43</sup> (ESFIP; Anexo 6) será utilizada com o objetivo de medirmos a satisfação das famílias com o apoio recebido. Esta escala foi originalmente desenvolvida pelo grupo Eurllyaid (Grupo Europeu para a Intervenção Precoce), sendo a sua tradução e adaptação realizada pelo Projecto Integrado de Intervenção Precoce (PIIP) de Coimbra, em colaboração com a Associação Nacional de Intervenção Precoce (ANIP).

A ESFIP é constituída por duas partes distintas: a primeira parte consiste na recolha de dados gerais sobre a família (como vimos anteriormente optámos por utilizar esta parte no início do questionário aos pais); a segunda parte da escala é composta por 66 itens, numa escala tipo Lickert, que permitem avaliar a satisfação dos pais relativamente aos vários domínios que a Intervenção Precoce integra. São oito as dimensões da satisfação avaliadas pela escala: apoio aos pais (A1-A15); apoio à criança (B16-B27); atenção ao meio social envolvente da criança (C28-C30); relação pais-profissionais (D31-D-36); modelo de apoio (E37-E51); direitos da família (F52-F54); localização e ligações do serviço (G55-G57); estrutura e administração do serviço (H58-H66).

As qualidades psicométricas da ESFIP (Lanners & Mombaerts, 2000, p. 68): análise da fiabilidade (cálculo do *Alpha de Cronbach* para a totalidade dos itens de toda a escala de 0.95, da parte um 0.93 e da parte dois 0.90); análise da sensibilidade (resultados adequados); análise da validade (análise fatorial exploratória dos itens e

<sup>43</sup> European Parental Satisfaction Scale about Early Intervention (EPASSEI).

rotação varimax - a análise fatorial extraiu oito fatores que explicam 54.08% da variância total).

## **2.6 Escala das Práticas Centradas na Família**

A Escala das Práticas Centradas na Família<sup>44</sup> (versão extensa) de Carl J. Dunst e Carol M. Trivette (2004) é utilizada com o intuito de avaliar as práticas de apoio centradas na família (ver Anexo 7).

As práticas centradas na família são constituídas por componentes relacionais e participativas, tendo cada uma dois conjuntos de práticas (Dunst & Trivette, 1996; Trivette & Dunst, 2004). A componente relacional é constituída por práticas tipicamente associadas a (a) boas aptidões clínicas (escuta ativa, empatia, respeito, não julgar, etc.) e (b) crenças e atitudes positivas do profissional que vão de encontro às famílias, especialmente as que dizem respeito às capacidades e conhecimentos dos pais. A componente participativa inclui práticas que (a) são individualizadas, flexíveis e dão resposta às preocupações e prioridades da família, e (b) proporcionam oportunidades para que a família se envolva ativamente nas escolhas e tomadas de decisão, promovendo a colaboração família-profissional e a participação ativa da família para alcançar os resultados pretendidos. A utilização simultânea dos dois conjuntos de práticas é o que distingue uma abordagem centrada na família de outras abordagens que trabalham com famílias (Dunst, 2000b, 2005a; Dunst & Trivette, 1996; Trivette & Dunst, 2000).

Assim, a Escala das Práticas Centradas na Família (EPCF) avalia as práticas de apoio: práticas relacionais (PR; Atmosfera e Comunicação) e práticas participativas (PP; Exigência e participação) num total de 17 itens, correspondendo sete às PP e oito às PR.

## **2.7 Checklist de Práticas Centradas na Família**

A Checklist de Práticas Centradas na Família<sup>45</sup> (CPCF; Dunst & Wilson, 2005) é usada para determinar até que ponto é que o profissional aplica as práticas de ajuda centradas na família. A checklist inclui itens baseados nas características das práticas eficazes de ajuda centradas na família, como verificamos no capítulo III, e capta comportamentos de ajuda relacional e participativa (Trivette & Dunst, 1998, cit. in Dunst & Wilson, 2005). As práticas de ajuda relacional incluem as aptidões

---

<sup>44</sup> Family-Centered Practices Scale (Extended Version) (Dunst & Trivette, 2004).

<sup>45</sup> Family-Centered Practices Checklist. Provided courtesy of the Winteberry Press [www.WBPress.com](http://www.WBPress.com) and FIIP.

interpessoais do profissional com as famílias e as atitudes e crenças do primeiro em relação às aptidões e capacidade da família para se tornarem mais competentes. As práticas de ajuda participativa incluem os comportamentos do profissional que promovem a ação e a escolha familiares, bem como as práticas do primeiro que sejam flexíveis e responsivas aos interesses e prioridades da família.

A checklist (ver Anexo 8) é composta por 17 itens distribuindo sete pelas práticas relacionais e 10 pelas práticas participativas.

Cada item é avaliado de acordo com a seguinte escala: 1 = Sim, a prática foi usada; 2 = A prática foi parcialmente/por vezes usada; 3 = A prática não foi usada, oportunidade não conseguida; 4 = Não disponível, ausência de oportunidade de observação.

### **3. Procedimentos**

Como já referimos, pretendíamos com este trabalho caracterizar as práticas de intervenção precoce e analisar o grau de envolvimento e participação da família. A fim de obter dados que pudessem ser representativos do que se passava na NUT III Norte Ave, optámos por contactar todos os serviços que desenvolviam atividades de apoio junto de crianças entre os zero e os seis anos de idade com NE.

Numa primeira fase escrevemos à Sub-Comissão Regional Norte do SNIPI (ver Anexo 9) a fim de obter autorização para recolher os dados das equipas dos Agrupamentos Referência para a Intervenção Precoce, assim como das Direções de todas as IPSS/CSS da NUT III Norte Ave com trabalho neste campo. A Direção Regional de Educação do Norte respondeu a informar que todos os pedidos para aplicação de inquéritos de investigação em meio escolar deverão ser submetidos através do sítio da internet concebido especificamente para esse fim, em <http://mime.gepe.min-edu.pt>. De seguida efetuamos o registo no sistema de Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar, no endereço atrás apontado, no dia 01 de Junho de 2011 e fui informado de que iria ser contactado.

Aguardei cerca de 20 dias e como não fomos contactados, decidimos avançar com o contacto direto (telefone, e-mail e carta) com todas as organizações identificadas. Obtidas as autorizações necessárias pelos presidentes ou diretores dos serviços, foi marcada, com os coordenadores ou diretores, uma reunião, a fim de explicar mais detalhadamente os objetivos e procedimentos do estudo.

Nessa reunião foi possível verificar o número de crianças e famílias apoiadas e o número de profissionais que as apoiam, bem como a metodologia escolhida para a receção dos instrumentos de recolha de dados. Foi possível realizar uma reunião com todos os responsáveis das organizações que decidiram participar nesta investigação.

Aos coordenadores/diretores e profissionais foi solicitada a colaboração, bem como o contacto com a(s) família(s) cujo(s) filho(s) apoiavam. Em três das cinco organizações participantes, os diretores ficaram com a responsabilidade de contactar as famílias, entregar a carta e consentimento informado (ver Anexo 10) e marcar as entrevistas em articulação connosco. Nestes casos as entrevistas foram nestas instituições, salvo algumas exceções, em que devido à preferência das famílias as entrevistas foram realizadas no ambiente por si escolhido. Nas outras duas, os directores entregaram as cartas por nós deixadas (dentro de envelope) aos técnicos que ficaram com a tarefa de entregar às famílias e de as recolher (nestas cartas foi acrescentado um parágrafo com duas linhas para que a família disponibiliza-sse a sua morada e/ou contacto). Deste modo, os técnicos que se disponibilizaram a colaborar no nosso estudo, serviram de intermediários no estabelecimento do contacto com as famílias, formalizado através de uma carta em que lhes era também pedida a colaboração.

A partir do momento em que estava assegurada a colaboração dos pais, foram marcadas entrevistas individuais com cada um através de contacto telefónico e procuramos que estas decorressem com um intervalo de tempo não superior 15 dias, o que foi possível na quase totalidade da maioria das situações que constituíram a nossa amostra. Estas entrevistas foram realizadas em estabelecimentos de educação pré-escolar, em instituições da comunidade por nós contactadas e que permitiram utilizá-las para o efeito e nos locais escolhidos pela família.

A cada família foi feita de forma individual uma entrevista, no final da qual foram preenchidas os outros três instrumentos utilizados. O preenchimento das Escalas foi sempre feito na nossa presença e dos nossos colaboradores para que pudessem ser esclarecidas quaisquer dúvidas relativamente ao conteúdo dos itens da escala. No caso de mães com um nível de escolaridade muito baixo, cada item era lido e explicado por nós, tendo sido sempre assegurado que o sentido da questão e o tipo de resposta prevista na escala era bem compreendido.

A recolha de dados foi realizada entre Junho e Setembro de 2011 e adaptou-se às necessidades das instituições e dos pais.



A recolha contou com a participação de duas educadoras de infância, uma assistente social e duas psicólogas, que foram devidamente preparadas por nós antes de iniciarem as entrevistas. De salientar no entanto que as entrevistas realizadas pelas cinco colaboradoras não excederam os 33% da amostra, tendo todas as outras sido realizadas por nós.

Os questionários aos coordenadores e profissionais foram enviados e rececionados via e-mail. Estes questionários continham uma parte inicial com informação sobre o seu preenchimento, bem como um conjunto de orientações ao longo do mesmo. Aos coordenadores foram enviados diretamente para os e-mails dados e aos profissionais foram enviados também diretamente e através dos coordenadores que depois reencaminharam para os profissionais da sua equipa.

As entrevistas evidenciaram-se momentos de enorme riqueza e conhecimento.

#### **4. Desenho do estudo**

Para concretizarmos os objetivos do nosso estudo procedemos em primeiro lugar ao pedido de autorização a Carl Dunst, à Winteberry Press, ao Family, Infant and Preschool Program (FIPP) e à sua Diretora M<sup>l</sup> Lisa Shelden para a tradução e adaptação experimental, da “The Family Centered Practices Scale (Extended Version) (Carl Dunst & Carol Trivette, 2004) e a “The Family Centered Practices Checklist” (Linda L. Wilson & Carl Dunst, 2005), bem como para utilizar os conceitos Contextually Mediated Practices<sup>TM</sup> e CMP<sup>TM</sup> (Copyright © Center for the Advanced Study of Excellence in Early Childhood and Family Support Practices). Após as autorizações (ver Anexos 11 e 12) iniciamos a tradução e adaptação para uso exclusivo neste trabalho de investigação.

Recorremos a uma investigação que utilizou um modelo misto de recolha de dados: quantitativo (escalas de registo ou de verificação de tipo likert) e qualitativo (entrevistas/questionários). Para o tratamento dos dados quantitativos recorremos a uma abordagem quasi-experimental e para a abordagem qualitativa foi utilizada a análise de conteúdo. A análise de dados foi realizada com recurso ao programa estatístico SPSS Inc (versão 18.0). Para as estatísticas descritivas foram calculadas frequências absolutas, relativas, médias e desvios padrão, bem como apurados intervalos de valores (máximos e mínimos).

## CAPÍTULO VIII

### APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

*“Quando o meu filho tinha seis meses, ainda não conseguia sentar-se. Pensei que eu talvez estava a fazer algo errado. Levei-o a um médico que me pôs em contacto com um Serviço de Intervenção Precoce. Agora o meu filho recebe serviços que realmente o ajudam bastante.”*

*Mãe de criança com NE*

No presente capítulo apresentamos os resultados da aplicação dos diversos instrumentos utilizados aos participantes do nosso estudo. Em primeiro lugar apresentamos um conjunto de dados relativos à caracterização da amostra.

#### 1. Encarregados de Educação

Relativamente às habilitações literárias das mães e pais, pareceu-nos importante analisar mais detalhadamente o nível de escolaridade alcançada, o que poderemos fazer através do Quadro 24.

Quadro 24. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para as Habilitações Literárias dos Encarregados de Educação*

Habilitações Literárias	n	%
Menos que a quarta classe	1	1.8
4ª classe	7	12.7
6º ano	12	21.8
9º ano	12	21.8
11º ano	2	3.6
12º ano	10	18.2
Bacharelato	2	3.6
Licenciatura	8	14.5
Mestrado e/ou Doutoramento	1	1.8

Neste verificam-se níveis de escolaridade médios: cerca de 12.7% têm apenas o 1º Ciclo completo, 21.8% o 2º Ciclo e 21.8% o 3º Ciclo. De salientar uma percentagem razoável de pais e mães que possuem o 12º ano de escolaridade ou superior (38.1%), situação que parece de acordo com a média de idades (M= 36.62) que faria prever graus de escolaridade mais elevados (cf. Quadro 24).

Como podemos verificar no Quadro 25, a maioria dos encarregados de educação exerce uma atividade profissional (67.2%<sup>46</sup>), no entanto, a percentagem de desempregados é significativa (27.3%).

Quadro 25. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a Situação Laboral perante o Trabalho*

Situação Laboral perante o Trabalho	n	%
Desempregado	15	27.3
Doméstica	1	1.8
Exerce uma profissão	35	63.6
Reformado	1	1.8
Estudante	1	1.8
Trabalhador/Estudante	2	3.6

De entre aqueles que exerceram ou exercem alguma atividade, na sua grande maioria (80.0%) fazem-no por conta de outrem ou numa percentagem mais pequena (16.4%) por conta própria (cf. Quadro 26).

Quadro 26. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a Relação laboral*

Relação laboral	n	%
Trabalhador por conta de outrem	44	80.0
Trabalhador por conta própria	9	16.4
Trabalhador por conta de outrem/Trab. por conta própria	1	1.8
Estudante	1	1.8

<sup>46</sup> Com a soma dos dois trabalhadores-estudante (3.6%) porque também exercem uma profissão. Foram colocados na categoria trabalhador-estudante para destacar a particularidade que nos pareceu relevante.

O Quadro 27 mostra que os respondentes trabalham sobretudo no setor secundário<sup>47</sup> (56.4%), ao nível da prestação de serviços (20.0%), escritórios (5.5%) e na administração pública (12.7%).

Quadro 27. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Domínio de Atividade*

Domínio de atividade	N	%
Comércio/Serviços	11	20.0
Indústria	31	56.4
Escritórios	3	5.5
Banca/Seguros	1	1.8
Administração Pública	7	12.7
Construção Civil	1	1.8
Estudante	1	1.8

No que respeita às atividades profissionais, podemos verificar no Quadro 28 que, 29.1% são operários, artífices e trabalhadores similares; 23.6% são trabalhadores não qualificados; 16.4% são especialistas das profissões intelectuais e científicas; outros 16.4% são técnicos e profissões de nível intermédio; 7.3% são pessoal de serviços e vendedores e 5.5% são pessoal administrativo e similares.

Quadro 28. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a Classificação das Atividades Profissionais*

Classificação das atividades profissionais	n	%
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	9	16.4
Técnicos e profissões de nível intermédio	9	16.4
Pessoal administrativo e similares	3	5.5
Pessoal de serviços e vendedores	4	7.3
Operários, artífices e trabalhadores similares	16	29.1
Trabalhadores não qualificados	13	23.6
Estudante	1	1.8

De acordo com os dados recolhidos e apresentados no Quadro 29, cerca de 81.8% (n= 45) dos inquiridos vivem em situação marital, casados ou unidos de facto. Não é, no entanto, negligenciável a expressão numérica de famílias monoparentais, pais ou mães

<sup>47</sup> Produção, indústria.

solteiras/viúvas ou divorciadas com uma representação de 18.2% da nossa amostra (10 casos).

Quadro 29. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a Situação Familiar*

Situação Familiar	N	%
Casado ou união de facto	45	81.8
Família monoparental	10	18.2

## **2. Resultados do Questionário de caracterização geral dos Programas de IPI: organização e caracterização das equipas de apoio precoce**

Nesta parte do trabalho apresentaremos os dados referentes aos questionários de caracterização de programas (Anexo 2). Como anteriormente foi referido, os dados deste questionário foram solicitados aos coordenadores ou diretores das equipas dos AERIP<sup>48</sup> e das IPSS/CSS.

Dos três AERIP contactados, dois (66,3%) devolveram os questionários de caracterização, embora um não tenha respondido a todas as questões. Das quatro IPSS/CSS, temos dados referentes a três (75%). Apesar de alguns dos questionários estarem preenchidos de forma incompleta, tomamos a decisão de incluir as respostas que foram dadas, referindo, sempre que haja respostas em falta, o número de questionários que estão a ser analisados.

Na apresentação dos dados seguiremos a ordem das dimensões analisadas no questionário de Caraterização de Programas de IPI. A análise das dimensões foi feita a partir das perguntas que nelas estão incluídas, no entanto, nesta apresentação, nem sempre faremos referência a perguntas específicas, mas sim à dimensão como um todo. Para cada uma das dimensões, apresentaremos os dados referentes às diferentes equipas de forma abrangente, não fazendo comparações entre as diferentes organizações.

As cinco organizações que nos responderam, quatro mencionam a existência de projetos específicos de Intervenção Precoce no âmbito dos Decretos-Lei 3/2008 e 291/2009, enquanto um refere ser um Centro de Reabilitação que apoia crianças entre os zero e os 6 anos, e que recentemente assinou Protocolo de Cooperação com os três Ministérios ao abrigo do decreto-lei 291/2009 (este facto e o de apoiar muitas crianças

<sup>48</sup> Agrupamento de Escolas Referência para a Intervenção Precoce.

entre os 0 e os 6 anos que são apoiadas pelo AERIP e outra IPSS do Concelho levounos a integrar esta organização na nossa investigação).

No Quadro 30 podemos analisar as parcerias existentes nas organizações inquiridas. Foram apontadas 14 parcerias informais e oito parcerias formais. De salientar, no entanto, a assinatura recente de protocolos entre as três organizações da área social inquiridas e os ministérios envolvidos na IPI (no entanto, apenas uma das instituições referiu já este acordo recente na resposta à pergunta acerca do tipo de parcerias existentes).

Quadro 30. *Tipo de Parcerias*

Parceria	Educação	Segurança Social	Saúde	Autarquia	OSFL <sup>49</sup>	OCFL <sup>50</sup>
Formal	3	3	1		1	–
Informal	1	2	4	3	2	2

Apenas duas organizações se referiram à sua missão: “*Prestar serviços integrados e personalizados de apoio e reabilitação a crianças com deficiência e suas famílias*” e “*Promover a autonomia e funcionalidade da pessoa com deficiência*”. Apenas uma das organizações informou sobre a filosofia e princípios do serviço: “*Ousamos sonhar*”. Quanto ao modelo de intervenção, das três que responderam, uma organização respondeu “*centrado na família*”, outra “*centrado na criança e família*” e outra “*tendencialmente transdisciplinar*”.

### **Caraterização das Equipas**

As cinco organizações/equipas possuem 46 profissionais que se distribuem em termos de categoria profissional da seguinte forma: 18 educadores (EE); nove fisioterapeutas (FT); quatro psicólogos (PSIC); seis terapeutas da fala (TF); quatro terapeutas ocupacionais (TO); três assistentes sociais (AS); uma enfermeira (ENF) e um médico (MED). Destes 46 profissionais, oito são afetos às entidades parceiras (4 educadores ao ME; uma enfermeira e um médico ao MS; e dois fisioterapeutas a Câmara Municipal) e os restantes são contratados pelas entidades promotoras dos serviços (um é um estágio profissional e todos os outros possuem contrato sem termo

<sup>49</sup> Organização Sem Fins Lucrativos.

<sup>50</sup> Organização Com Fins Lucrativos.

com as respetivas organizações). De seis<sup>51</sup> dos 46 profissionais não foram fornecidos dados acerca do tempo de serviço e horário (foram apontadas percentagens: quatro educadores a 100%, uma enfermeira a 50% e uma médica a 10%). Os restantes 40 profissionais que prestam apoios a estas crianças possuem uma média de anos de serviço de 10.05 (DP= 6.48) e um volume médio horáriode 30 horas (DP= 8.07) por semana.

### **Caraterização global da população atendida**

Relativamente à existência de critérios de elegibilidade definidos, todas as cinco organizações respondem que sim. À pergunta se estão redigidos as três organizações que respondem que sim referem a existência de regulamento interno com esta informação. No que respeita à existência de critérios de prioridade todas as cinco organizações apontam a não existência da definição destes critérios.

Todas as equipas atendem crianças dos zero aos seis anos, embora todas refirmam que, quando há adiamento de escolaridade, o apoio continua até à data da entrada na escola (1º ano do 1º ciclo). O número de crianças atendidas por cada equipa é extremamente variável (mínimo de 19 e máximo de 83), como é também variável o seu âmbito geográfico (quatro organizações transcendem o âmbito concelhio). Os cinco projetos de IPI participantes nesta investigação apoiam no conjunto 252 crianças/famílias, sendo a média de crianças/famílias apoiadas por equipa de 51 (DP= 22.50). No conjunto das cinco organizações, o número de crianças em processo de avaliação/admissão é de 22 e de crianças em transição de creche para jardim ou de jardim para o 1º Ciclo é de 51 (o que corresponde a 20.23% do total de crianças apoiadas).

Os dados relativos ao sexo, idade no início do apoio, idade actual, diagnóstico, etiologia e tipo de risco relativos às crianças apoiadas foram apenas enviados por três das cinco organizações e não de forma completa e integral. No entanto foi possível relativamente a 126 crianças (50%) identificar através dos dados enviados o sexo e o diagnóstico. A maioria destas 126 crianças é do sexo masculino (66.7%) e feminino (33.3%). Quanto ao tipo de crianças e famílias atendidas, as crianças com atrasos ou perturbações do desenvolvimento e suas famílias são os alvos prioritários de

---

<sup>51</sup> Afetos a entidades parceiras.

intervenção para todas as três equipas (57.92%). Seguem-se as crianças com atraso do desenvolvimento (42.06%).

### **Caraterísticas do processo de apoio**

Relativamente à publicitação ou divulgação do apoio prestado, todas as organizações que responderam (n= 4) referem a distribuição de brochuras informativas, panfletos e afixação de cartazes nas instituições parceiras; uma refere privilegiar a divulgação por carta e contactos com diversos serviços da área da saúde e duas referem privilegiar as reuniões com diversos serviços da área da educação e saúde.

No que respeita ao primeiro contacto, duas organizações referem que é da responsabilidade das educadoras isoladamente ou em equipa com as colegas, uma refere que é a psicóloga ou a assistente social, outra que é a coordenadora e outra que *“por norma a psicóloga/coordenadora do serviço, que faz uma apresentação do que é o serviço e avalia as necessidades e expetativas da família”*.

Quanto à metodologia/instrumentos usados para a avaliação/elegibilidade, das cinco organizações, duas referiram utilizar habitualmente a Escala de Avaliação do Desenvolvimento Mental Ruth Griffiths, duas a Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF) e outra não refere o(s) instrumento(s) utilizado(s), no entanto, regista que utiliza *“os critérios definidos pelo SNIPP”*.

Todos os projetos referem que os pais ou outros prestadores de cuidados estão habitualmente presentes no momento da avaliação, sendo a sua função colaborar ativamente na avaliação, nomeadamente informando sobre as competências e dificuldades dos seus filhos. Uma das equipas refere especificamente que este é um momento de parceria ativa pais-profissionais.

Quanto ao documento síntese da avaliação, as cinco equipas referem elaborar relatórios sobre a avaliação do desenvolvimento/elegibilidade.

Todas as equipas referem identificar as preocupações, prioridades e recursos das famílias. O Plano Educativo Individualizado (PEI) é elaborado por duas destas equipas, duas referem fazer um Plano Individualizado de Intervenção Precoce (PIIP), e uma das equipas elabora um documento próprio a que chama Plano de Intervenção (PI)/Plano de Desenvolvimento Individual<sup>52</sup>.

---

<sup>52</sup> Estes conceitos surgem no contexto da implementação de sistemas de gestão da qualidade nesta organização. Na área das organizações que apoiam pessoas com deficiências ou incapacidades utiliza-se a construção de PDI para o cliente/significativo.



A metodologia de responsável de caso é apenas utilizada por duas das cinco organizações/equipas participantes. As principais tarefas referidas são a responsabilidade pela implementação do PIIP e a coordenação de serviços e apoios necessários. Quatro das cinco equipas referiram realizar visitas domiciliárias.

As reuniões de (re)avaliação do plano/programa traçado são de periodicidade trimestral para três equipas; é semestral, ou sempre que houver necessidade de alterar o PIIP para outra equipa; e o Plano é monitorizado semestralmente e reavaliado anualmente para a outra equipa. Participam nestas reuniões os técnicos intervenientes no PIIP e a família para três equipas e os cuidadores, o responsável de caso e outros elementos da equipa que participem ativamente ou se preveja a necessidade de virem a participar ativamente para outra equipa. Uma das equipas não fez referência a quem participa nas reuniões.

Relativamente a procedimentos relativos à transição, das cinco organizações que responderam à, quatro referem a elaboração de relatório de transição. Destas quatro duas apontam também a existência de *“reuniões com os técnicos, professor ou educador que dará continuidade à intervenção”* e três a existência de contactos e de apoio aos pais no processo de escolha e articulação com o creche, jardim de infância ou escola primária. Um dos coordenadores deu a seguinte resposta: *“Se se trata da transição escolar, faz-se uma recolha conjuntamente com os pais dos locais que cumpram as necessidades, faz-se um primeiro contacto ou pede-se aos pais que o façam, bem como visitas aos locais; no início de cada ano letivo faz-se visita para ver dificuldades e articular informações/necessidades; no final do ano ou durante o seu decorrer, se houver necessidade fazem-se novas reuniões/visitas.”*

Em termos de supervisão técnica, apenas uma equipa refere a sua existência a nível interno realizado pela coordenação técnica. Uma das equipas referiu que *“está previsto que haja, mas até agora ainda não decorreram quaisquer ações nesse sentido”*.

No âmbito da formação interna em serviço, quatro das cinco equipas, respondem que não é desenvolvida. Apenas uma das equipas aponta a sua existência de acordo com o plano de formação interna da organização.

Relativamente a formação externa, um dos projetos não respondeu a esta questão. Dos restantes, três informam da participação em ações de formação e congressos no exterior e um refere que não existe frequência de formação no exterior. Curiosamente este projeto que não participa em formação no exterior também não possui formação interna.

Todas as equipas participantes referem a existência de reuniões de equipa com a periodicidade semanal. Três das cinco equipas elaboram um Relatório de Atividades da Equipa ou Serviço anualmente.

Relativamente aos materiais e instrumentos de avaliação e intervenção disponíveis nas equipas, os coordenadores identificaram: Programa Crescer: Do Nascimento aos Três Anos (1 referência); Currículo Portage (1 referência); Escala de Avaliação do Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths (3 referências); WPPSI-R (2 referências); WISC<sup>53</sup> (1 referência); Reynell (2 referências); Schedulle of Growing Skills (2 referências); TALC (1 referência); “Escrita de Símbolos” (1 referência); Audio Training (1 referência); sala de psimotricidade (1 referência), sala de snoezelen (1 referência); sala com quadro interativo Smartboard (1 referência); computador com ecrã tátil (1 referência), material didático e pedagógico diverso (2 referências).

Como aspetos positivos do organismo ou equipa de IPI a manter nos próximos anos, os coordenadores referiram: reuniões semanais (1 referência), articulação com IPSS e alguns gabinetes (1 referência), profissionalismo dos técnicos (2 referências), envolvimento e comprometimento (1 referência), qualidade do trabalho de equipa (1 referência), pró-atividade e dinamismo da equipa (1 referência), trabalho inter-institucional e transdisciplinar (1 referência), formação especializada (1 referência), envolvimento das famílias e comunidade (1 referência).

Por fim, como aspetos negativos a melhorar nos próximos anos: dificuldades de articulação com outros serviços (2 referências), falta de material pedagógico e de avaliação (1 referência), dificuldades no recrutamento de pessoal docente (1 referência); dificuldades em envolver as educadoras do ME na equipa (1 referência), procedimentos diferentes entre ministérios (períodos de interrupção de atividades) (1 referência), inexistência de formação e supervisão externa (1 referência), competitividade interna (1 referência), custos dos serviços (1 referência), comunicação interna (1 referência); optimização de espaços e materiais de trabalho (1 referência) e fraca oferta de serviços terapêuticos (1 referência).

---

<sup>53</sup> Wechler Intelligence Scale for Children.

### 3. Resultados das Entrevistas /Questionários a Pais: as práticas de intervenção precoce

Apresentamos nesta parte do nosso trabalho os dados obtidos através das entrevistas / questionários realizados aos pais/encarregados de educação. Nesta apresentação de dados decidimos não seguir a ordem das perguntas constantes do guião; optamos em alternativa por organizar as questões em seis grandes áreas: (1) Sinalização e integração; (2) Processo de avaliação; (3) Partilha de informação com os pais; (4) Processo de intervenção; (5) Envolvimento e coordenação dos serviços; e (6) Sigilo sobre a informação. Desta forma podemos ficar com uma ideia mais correta do que são as práticas de IPI e avaliar a sua adequação relativamente às práticas recomendadas pela literatura mais recente.

Temos consciência que a forma como recolhemos os dados apenas nos permite avaliar as ideias e perceções dos pais/encarregados de educação. Com efeito, não fizemos qualquer observação direta nem consultámos processos ou materiais utilizados. Pensamos no entanto que os dados obtidos permitem uma visão do que eram, na NUT III, as práticas de IPI no ano letivo 2010/2011.

#### Sinalização e integração

No que diz respeito à sinalização das crianças para o apoio (cf. Quadro \_) e não obstante esta poder ser feita por qualquer serviço ou elemento da comunidade, são os serviços de saúde que assumem uma clara preponderância (n= 30; 54.5%). Seguido pelos Serviços de Educação (n= 13; 23.6%) e pelos Serviços de Ação Social (n= 4; 7.3%).

Quadro 31. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Conhecimento do PIP*

Entidades sinalizadoras	N	%
Serviços de Saúde	30	54.5
Serviços Ação Social	4	7.3
Serviços de Educação	13	23.6
Familiares/Amigos	3	5.5
Técnicos IPI/ELI	2	3.6
Elementos da Comunidade	2	3.6
Outra (não respondeu)	1	1.8

No Quadro 32 podemos analisar o tempo decorrido entre a sinalização e o início do apoio. A uma deteção mais precoce (média de idades no início do apoio: M= 16.40; DP= 12.10) correspondeu também um menor tempo médio de espera entre a sinalização e o início do apoio: cerca de 43.6% esperou menos de 15 dias, 30.9% entre 15 dias a um mês, 10.9% entre um a dois meses, 7.3% entre dois a três meses e os restantes 7.3% esperaram mais de três meses.

Quadro 32: *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Tempo de Espera para a Primeira Consulta ou Entrevista*

Tempo de espera	N	%
- 15 dias	24	43.6
Entre 15 d a 1 mês	17	30.9
1 a 2 meses	6	10.9
2 a 3 meses	4	7.3
+ 3 meses	4	7.3

Há falta de investigação sobre o impacto dos primeiros contactos, mas pode antecipar-se que a primeira exposição da família aos materiais e aos profissionais ajuda a traçar as suas expetativas. Sendo assim, se o programa for primeiramente descrito em termos de questões relacionadas com a criança e em termos de serviços, as famílias irão provavelmente pensar que a intervenção precoce consiste em prestar serviços às crianças, e não em prestar apoio às famílias. Os materiais, contactos telefónicos iniciais e visitas informativas podem revelar se um programa tem uma filosofia mais orientada para a reabilitação, para os défices e para uma abordagem clínica, ou mais orientada para a prevenção, pontos fortes e filosofia centrada na família.

Na resposta à pergunta F2 “Refira o que lhe foi dito sobre o PIP pelos próprios técnicos do PIP (o que podiam/costumavam fazer com crianças como o seu filho)?” (ver Anexo 3), identificamos pela análise às respostas dadas as quatro categorias que mostramos no Quadro 33. Nos primeiros contactos os profissionais informaram que o apoio iria debruçar-se sobre a criança (47.3%), sobre a criança e família (47.3%), sobre os recursos comunitários (3.6%) e sobre a família (1.8%).

Quadro 33. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para O que lhe foi Dito pelos Técnicos do PIP*

O que lhe foi dito pelos técnicos do PIP	N	%
Objetivos relacionados com a criança	26	47.3
Objetivos relacionados com a família	1	1.8
Objetivos relacionados com os recursos comunitários	2	3.6
Objetivos relacionados com a criança e família	26	47.3

Como podemos verificar nos Quadros 34, 35, 36, 37 e 38, antes do início do Programa foi pedida a opinião sobre o local do apoio a 56.4% dos Pais (n= 31), sobre o horário a 89.1% (n= 49), sobre o tipo de trabalho que gostava que fizessem com a sua criança a 70.9% (n= 39), sobre aquilo que a família se sentia disposta a fazer com a criança a 85.5% (n= 47), o que considerava mais importante e urgente relativamente à sua criança a 85.5% (n= 47) e o que considerava mais importante e urgente relativamente à sua família a 80.0% (n= 44).

Quadro 34. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para Houve ou Não Consulta sobre o Local de Apoio*

Consulta sobre o local do apoio	n	%
Sim	31	56.4
Não	24	43.6

Quadro 35. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para Houve ou Não Consulta acerca do Horário do Apoio*

Consulta acerca do horário de apoio	n	%
Sim	49	89.1
Não	6	10.9

Quadro 36. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para Tipo de Trabalho que Gostava que fizessem com a sua Criança*

Consulta acerca do trabalho a realizar com a criança	n	%
Sim	39	70.9
Não	15	27.3
Não sabe/Não se lembra	1	1.8

Quadro 37. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para Aquilo que a Família se Sentia Disposta a Fazer com a Criança*

Consulta acerca do que a família se sentia disposta a fazer com a criança	n	%
Sim	47	85.5
Não	7	12.7
Não sabe/Não se lembra	1	1.8

Quadro 38. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para O que Considerava Mais Importante e Urgente Relativamente à sua Criança*

Consulta acerca do que considerava mais importante relativamente à criança	n	%
Sim	47	85.5
Não	7	12.7
Não sabe/Não se lembra	1	1.8

Quadro 39. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para O que Considerava Mais Importante e Urgente Relativamente à sua Família*

Consulta acerca do que considerava mais importante relativamente à família	n	%
Sim	44	80.0
Não	10	18.2
Não sabe/Não se lembra	1	1.8

### **Processo de avaliação**

Como podemos verificar nos capítulos III e IV, a investigação e a prática recomenda que a avaliação da criança envolva familiares, seja desenvolvimentalmente apropriada e inclua uma abordagem de equipa. A avaliação do funcionamento da criança é realizada em intervenção precoce com várias finalidades, tais como, determinar a elegibilidade, determinar as causas dos problemas de funcionamento e determinar as necessidades funcionais. No que diz respeito aos ambientes naturais, o maior desafio na avaliação é o de captar necessidades funcionais, que são frequentemente descuradas quando os profissionais passam da avaliação da determinação de elegibilidade para o desenvolvimento de objetivos.

Como podemos analisar no Quadro 40, maioritariamente estão presentes na avaliação um (36.4%) ou dois técnicos (32.7%). Contudo, parece-nos relevante salientar que 16.4% dos inquiridos referiram estar três técnicos na avaliação, 3.6% quatro e

10.9% cinco profissionais. Assim, estão presentes maioritariamente na avaliação dois ou mais técnicos (63.6%; n= 25) o que parece dar sinais importantes de que a avaliação mais tradicional, centrada num único profissional (quase sempre o psicólogo), está a perder terreno nas equipas de IPI na NUT III Norte Ave.

Cruzando com o Quadro 45, que apresentamos mais adiante nesta apresentação, podemos verificar que os 36.4% dos técnicos que avaliam isoladamente, 21.8% (n= 12) são psicólogos, 10.9% (n= 6) são educadores e 1.8% (n= 1) é terapeuta ocupacional.

Quadro 40. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Número de Técnicos Presentes na Primeira Entrevista/Avaliação*

Número de técnicos	n	%
1	20	36.4
2	18	32.7
3	9	16.4
4	2	3.6
5	6	10.9

Quando perguntamos relativamente ao tipo de avaliação, 50.9% responderam que cada técnico avaliou separadamente e 49.1% que a avaliação foi simultânea (cf. Quadro 41). Comparando com os dados analisados no quadro anterior, o facto de 28 inquiridos (50.9%) responder que cada técnico avaliou separadamente pode querer significar que além da avaliação inicial os profissionais podem realizar avaliações complementares separadas ou que essa avaliação pode ser uma reunião inicial de primeiro contacto ou acolhimento (que tem ou deve ter características específicas<sup>54</sup>) e que avaliação pode estar separada deste momento e ser realizada posteriormente.

Quadro 41. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Tipo de Avaliação*

Tipo de avaliação	N	%
Cada técnico avaliou separadamente	28	50.9
Avaliação simultânea	27	49.1

<sup>54</sup> Apresentar o serviço e a equipa; disponibilizar apoio imediato e incondicional; prestar apoio emocional; auscultar primeiras necessidades; e marcar obrigatoriamente o passo seguinte.

A presença da família na avaliação ocorre em 92.7% dos casos. Apenas quatro famílias responderam que não estiveram presentes na avaliação (Quadro 42).

Quadro 42. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a Presença da Família na Avaliação*

Presença da Família	N	%
Sim	51	92.7
Não	4	7.3

No início da avaliação os profissionais apresentaram-se (disseram os seus nomes e funções) em 96.4% dos casos (Quadro 43).

Quadro 43. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a Apresentação dos Técnicos*

Apresentação dos técnicos	N	%
Sim	53	96.4
Não	1	1.8
Não se lembra	1	1.8

Coincidente com a resposta anterior, 96.4% dos encarregados de educação diz saber que profissões tinham os técnicos (cf. Quadro 44).

Quadro 44. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para Sabe que Profissão Tinham os Técnicos*

Sabe profissão dos técnicos	N	%
Sim	53	96.4
Não	2	3.6

No Quadro 45 podemos verificar quem esteve na primeira avaliação e as profissões que tinham esses técnicos. As 18 categorias encontradas evidenciam a diversidade das disciplinas e número de presentes nesta fase do processo de apoio. Podemos também constatar que os psicólogos são os profissionais que mais vezes estão presentes na avaliação (n= 42; 76.4), seguidos dos terapeutas da fala (n= 27; 49.1%), dos educadores



(n= 19; 34.5%), dos terapeutas ocupacionais (n= 17; 30.9), dos fisioterapeutas (n=10; 18.2%), dos assistentes sociais (n= 7; 12.7%) e, por fim, os médicos e os educadores da sala da creche/jardim de infância com uma presença cada um.

Como podemos analisar no Quadro 45, nota-se a preocupação dos serviços em envolver técnicos (dois ou mais) de diferentes disciplinas numa avaliação que consideramos multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar, o que aconteceu em cerca de 63.6% (n= 25), quase sempre em conjunto com os pais, como poderemos observar anteriormente.

Quadro 45. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para as Profissões dos Técnicos que Avaliaram*

Profissões	n	%
PSIC	12	21.8
TO	1	1.8
EE	6	10.9
PSIC/TO	1	1.8
PSIC/TF	6	10.9
PSIC/EE	6	10.9
TF/FT	1	1.8
TF/TO	1	1.8
PSIC/TF/EE	3	5.5
PSIC/AS/TF	1	1.8
PSIC/TF/TO	4	7.3
EE/TF/TO	1	1.8
PSIC/TF/TO/FT	2	3.6
PSIC/AS/TF/TO/FT	5	9.1
PSIC/AS/MED/TF/TO/FT	1	1.8
PSIC/TO/FT	1	1.8
EE/TF	2	3.6
EE/ES	1	1.8

No Quadro 46 podemos verificar que as avaliações realizaram-se maioritariamente nas sedes dos PIP/ELI (58.2%), em casa ou na creche/jardim de infância (23.6%) e numa modalidade mista entre a Sede dos PIP/ELI e a casa ou o estabelecimento de educação pré-escolar (14.5%).

Quadro 46. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Local de Realização da Avaliação*

Local da avaliação	n	%
Na sede do PIP/ELI	32	58.2
Em casa	6	10.9
Na creche/JI	7	12.7
Na sede do PIP/ELI e em casa	2	3.6
Na sede do PIP/ELI e na creche/JI	6	10.9
Outro <sup>55</sup>	2	3.6

No Quadro 47, temos a opinião de pais relativamente à existência de reavaliação. Como podemos ver, 63.6% (n= 35) das crianças voltaram a ser avaliadas após a primeira avaliação e 30.9% (n= 17) não voltaram a ser reavaliados. A resposta não sabe colheu uma percentagem de respostas de 5.5% (n= 3).

Quadro 47. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Seu Filho voltou a ser Avaliado*

Segunda Avaliação	n	%
Sim	35	63.6
Não	17	30.9
Não sabe	3	5.5

Dos 35 casos (63.6%) que voltaram a ser avaliados, 15 (27.3%) foram avaliados entre os 12 meses e 18 meses, 11 (20%) entre os seis e os doze meses e cinco (9.1%) entre um e seis meses. Apenas quatro casos foram avaliados pela segunda vez depois dos 18 meses.

Quadro 48. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Quanto Tempo Depois*

Quanto tempo depois	n	%
1 a 6 meses	5	9.1
6 a 12 meses	11	20.0
12 a 18 meses	15	27.3
18 a 24 meses	4	7.3

<sup>55</sup> Estes dois casos referem-se a uma avaliação em ama e em clínica na comunidade.

No Quadro 49 podemos observar as profissões e composições dos profissionais que têm avaliado a criança/família numa segunda avaliação ou ao longo do processo de apoio.

Quadro 49. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para as Profissões dos Técnicos que Têm Avaliado*

Profissões	n	%
EE	2	3.6
TO	1	1.8
TF	1	1.8
PSIC/EE	5	9.1
PSIC/MED	1	1.8
PSIC/TF	4	7.3
TF/EE	6	10.9
PSIC/TF/TO	1	1.8
PSIC/EE/TF	5	9.1
PSIC/TF/FT	1	1.8
EE/TO/FT	1	1.8
EE/TO/TF	3	5.5
TF/TO/FT	1	1.8
PSIC/TF/TO/FT	1	1.8
PSIC/TF/FT/EE	1	1.8
PSIC/TF/TO/EE	7	12.7
PSIC/EE/ES/TF	1	1.8
PSIC/TF/TO/FT/EE	1	1.8
PSIC/TF/TO/FT/AS	2	3.6
PSIC/EE/TF/TO/FT/AS	1	1.8
EE/PSIC/TF/TO/ES	1	1.8

### **Partilha de informação com os pais**

No Quadro 50 podemos ver que, em quase metade das situações, após a primeira avaliação, os pais recebem apenas uma informação oral (41.8%), seguindo-se as situações em que a essa informação oral acresce um relatório escrito (40%) e os que recebem só relatório escrito (18.2%). De notar, que nenhum pai/encarregado de educação refere não ter tido qualquer informação após a primeira avaliação e que a percentagem de pais que receberam informação através de relatório escrito é satisfatória (58.2%; n= 32).

Quadro 50. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Conhecimento dos Resultados no Final da Avaliação*

Conhecimento dos resultados	n	%
Relatório escrito	10	18.2
Informação oral	23	41.8
Ambos	22	40.0

Relativamente à obtenção de uma cópia do relatório da Avaliação (Quadro 51), 49% (n= 27) dos inquiridos dizem que receberam, 45.5% (n= 25) referem que não receberam e 5.5% (n= 5) não sabem se receberam ou não responderam.

Quadro 51. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a Cópia do Relatório*

Cópia do relatório	n	%
Sim	27	49.1
Não	25	45.5
Não sabe/Não respondeu	3	5.5

No Quadro 52 podemos analisar as opiniões dos pais relativamente à forma como vão sendo transmitidas aos pais as informações sobre o apoio recebido pelas crianças nos contextos onde este decorre.

Quadro 52. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para Como é que se Mantém Informada do Programa de Apoio do seu Filho(a)*

Informação sobre o programa de apoio	N	%
Só esporadicamente tem informações através da educadora da sala	2	3.6
Só esporadicamente tem informações através da técnica do PIP	2	3.6
Informalmente vai sendo informada por uma ou por outra	10	18.2
Tem reuniões sistemáticas com educadora da sala + técnica(o)(s) do PIP	32	58.2
Tem reuniões sistemáticas com técnica(o)(s) do PIP	10	16.3

Como podemos ver, é significativa a percentagem de pais que refere ter informação através de reuniões formalizadas com educadora da sala e técnica(o)(s) do PIP (58.2%), sendo as percentagens de pais que referem receber informação através de reuniões sistémicas com os técnicos do PIP de 14.5% e informalmente através da educadora da sala ou da técnica de apoio de 18.2%. É igual a percentagem de pais que refere obter

informação esporadicamente através educadora da sala ou da técnica do PIP (3.6%). É de salientar que nenhum pai refere não ter qualquer informação sobre esse trabalho.

No Quadro 53, podemos verificar que na maioria das situações em que existem reuniões formais (74.5%; n= 42), estas realizam-se trimestralmente (60%), como que obedecendo ao calendário escolar. Segue-se a periodicidade semestral (10.9%), a mensal (1.8%) e a anual (1.8%). É de 25.5% (n= 14) a percentagem de famílias que refere não ter reuniões formais e periódicas com os profissionais de IPI.

Quadro 53. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a Periodicidade das Reuniões Periódicas*

Periodicidade das reuniões	N	%
Mensal	1	1.8
Trimestral	33	60.0
Semestral	6	10.9
Anual	1	1.8

No quadro 54 podemos observar as frequências absolutas e relativas para o número de reuniões formais realizadas no ano letivo transato e este ano letivo. A maioria dos respondentes referem ter participado em três reuniões (50.9%) e em duas (7.3%). Quatro famílias dizem ter participado em duas reuniões (7.3%), duas famílias dizem ter participado em quatro (3.6%) e uma em oito (1.8%) reuniões. No entanto, é relativamente elevado o número de famílias que referem que participaram numa reunião (n= 5; 9.1%) ou em nenhuma (n= 15; 27.3%). O que significa que 20 das 55 famílias (o que corresponde a 26.4% do total) não participam em reuniões organizadas para desenho, avaliação e revisão do PIIP. Relativamente a este ano letivo, a maioria dos respondentes referem ter participado em três reuniões (50.9%) ou em duas (18.2%). Uma família diz ter participado em cinco (1.8%) e outra em seis (1.8%) reuniões. No entanto, é relativamente elevado o número de famílias que referem que participaram numa reunião (n= 4; 7.3%) ou em nenhuma (n= 11; 20%). O que significa que 15 das 55 famílias (o que corresponde a 27.3% do total) não participam em reuniões organizadas para desenho, avaliação e revisão do PIIP.

Quadro 54. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Número de Reuniões Formais por Ano Letivo

Número de reuniões por ano lectivo	2009/2010		2010/2011	
	N	%	N	%
0	15	27.3	11	20
1	5	9.1	4	7.3
2	4	7.3	10	18.2
3	28	50.9	28	50.9
4	2	3.6	1	1.8
8	1	1.8	1	1.8

Ao longo do processo de apoio (Quadro 55), o tipo de informação partilhada com os pais anda, sobretudo, à volta da criança e do ritmo de desenvolvimento.

Quadro 55. Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Tipo de Informação dada pelo PIP

Tipo de informação	N	%
Ritmo de desenvolvimento	41	74.5
Saúde	1	1.8
Desenvolvimento futuro	1	1.8
Apoio até à Escola	2	3.6
Desenvolvimento criança/Competências família	10	18.2

Mais adiante, na área relativa ao sigilo da informação, vamos poder observar que a maioria das famílias conhece a existência de um processo com toda a informação sobre a criança/família, contudo a percentagem dos que já consultaram esse processo (21.8%; n= 12) é muito pequena.

### **Processo de intervenção/Envolvimento e coordenação de serviços**

Uma vez identificadas as necessidades, devem organizar-se os serviços. A espinha dorsal dos serviços de intervenção precoce é o planeamento do que fazer com a criança e com a família. Preferencialmente, deveria existir um plano que resumisse as necessidades, recursos, preocupações, prioridades, resultados (objetivos), e serviços para se alcançarem esses objetivos.

No que toca aos serviços recebidos encontrou-se uma enorme variedade de categorias como podemos analisar no Quadro 56.

Quadro 56. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para os Serviços Recebidos*

Serviços recebidos	n	%
TO	1	1.8
EE/TF	3	5.5
EE/TF/TO	3	5.5
EE/TF/FT	2	3.6
EE/PSIC/TF	5	9.1
PSIC/TF/TO/FT	1	1.8
EE/PSIC/TO	1	1.8
EE/PSIC/SS/TF	2	3.6
EE/PSIC/TF/TO	12	21.8
EE/PSIC/TF/FT	1	1.8
EE/PSIC/SS/TF/FT	3	5.5
EE/PSIC/SS/TF/TO	1	1.8
EE/PSIC/TF/TO/FT	3	5.5
PSIC/SS/TF/TO/FT	3	5.5
EE/PSIC/SS/TF/FT/HIDRO	3	5.5
EE/PSIC/SS/TF/TO/FT	1	1.8
PSIC/SS/TF/TO/FT/NUT/HIPO	1	1.8
EE/FT/TF/TO/PSIC/HIDRO/HIPO	1	1.8
EE/PSIC/SS/TO/FT/TF/HIPO/HIDRO	2	3.6
PSIC/TF	2	3.6
EE/ES/TF/PSIC	1	1.8
EE/PSIC/TF/TO/FT/HIPO	1	1.8
EE/PSIC/SS/TO/TF/HIDRO	1	1.8
EE/ES/PSIC/TF/TO/FT/SS	1	1.8

A percentagem dos casos apoiados exclusivamente por estas equipas é de cerca de 74.5%, percentagem claramente inferior ao somatório das que tinham apoio em mais um ou dois serviços exteriores (25.5%). Estes serviços obtidos em clínicas ou profissionais liberais referem-se maioritariamente a FT (sete referências), a TF (sete referências), TO (duas referências) e hidroterapia (2 referências).

No Quadro 57 apresentamos uma síntese do número de serviços recebidos pelas famílias da nossa amostra. De realçar o número de crianças/famílias que beneficiam de três (12), quatro (17), cinco (10) e seis (6).

Quadro 57. *Frequências absolutas e relativas (%) para o número de serviços*

Número de Serviços	N	%
1.00	1	1.8
2.00	5	9.1
3.00	12	21.8
4.00	17	30.9
5.00	10	18.2
6.00	6	10.9
7.00	2	3.6
8.00	2	3.6

Como temos referido ao longo deste trabalho, o objetivo da IPI é apoiar as famílias a fortalecer o desenvolvimento dos seus filhos. Porque elas já proporcionam aos seus filhos oportunidades de aprendizagem em ambientes naturais, como o domicílio, centros de cuidados para as crianças e famílias e programas de apoio à criança, estes são os ambientes onde os serviços deveriam ser prestados (Dunst, et al., 2000).

No Quadro 58 podemos verificar que a periodicidade do apoio é de três vezes por semana ou mais na grande maioria dos casos (78.2%), de duas vezes por semana em 16.4% dos casos e de uma vez por semana em 3.6% dos casos. Apenas uma criança e sua família são apoiadas menos de uma vez por mês.

Quadro 58. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a Periodicidade do Apoio*

Periodicidade do apoio	N	%
Menos de uma vez por mês	1	1.8
Uma vez por semana	2	3.6
Duas vezes por semana	9	16.4
Mais de duas vezes por semana	43	78.2

Conforme se apresenta no Quadro 59, o apoio prestado a estas crianças e respetivas famílias é sobretudo um apoio alternando a sede do PIP/ELI e a creche/JI (40%; maioritariamente são casos que beneficiam de apoio educativo na creche/JI e de apoio psicológico, social e/ou terapêutico na sede do PIP/ELI); sempre na creche/JI (29.1%; a maioria destes casos beneficiam de um conjunto de apoios e serviços, na totalidade, sendo as equipas compostas pelo profissional de educação especial, pelo psicólogo e um



ou dois terapeutas); sempre na Sede do PIP/ELI (14.5%). No entanto, porque há apoios prestados em diferentes contextos, apresentamos o Quadro \_.

Quadro 59. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Local do Apoio*

Local do apoio	N	%
Sempre em casa	2	3.6
Sempre na creche/JI	16	29.1
Alternando em casa e na creche/JI	1	1.8
Sempre na sede o PIP/ELI	8	14.5
Alternando a sede do PIP/ELI e a casa	2	3.6
Alternando a sede do PIP/ELI e a creche/JI	22	40.0
Alternando a Sede do PIP, Creche/JI e a Casa	2	3.6
Alternando a Creche/JI e Hosp./Clínica na Comunidade	2	3.6

Os resultados mostram-nos que são em percentagem minoritária os pais que desconhecem os objetivos do trabalho que está a ser desenvolvido com os seus filhos, sendo mais elevada a percentagem dos que respondem conhecer totalmente os objetivos (cf. Quadro 60).

Quadro 60. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Conhecimento dos Objetivos para a Criança*

Conhecimento dos objetivos	n	%
Conhece os objetivos de trabalho com a criança	36	65.5
Desconhece os objetivos de trabalho com a criança	19	34.5

A maioria dos pais (69.1%) refere que esses objetivos foram discutidos com a família (Quadro 61).

Quadro 61. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a Discussão dos Objetivos com a Família*

Discussão dos objetivos	N	%
Objetivos discutidos com a família	38	69.1
Objetivos não discutidos	17	30.9

Uma percentagem muito idêntica de pais responde que assinou o PEI/PIAF ou PIIP. Contudo, não deixa de ser relevante que 34.5% (n= 19) dos participantes refiram que não assinaram ou que não sabe se assinaram ou não responderam (cf. Quadro 62).

Quadro 62. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a Assinatura do Programa para a Criança e Família*

Assinatura do Programa	N	%
Assinou o PEI/PIAF/PIIP	36	65.5
Não assinou o PEI/PIAF/PIIP	8	14.5
Não sabe/Não responde	11	20.0

Quando se pergunta se têm cópia do Programa o número que refere não ter cópia ou que não sabe ou não responde cresce para 60% (cf Quadro 63).

Quadro 63. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a Cópia do Programa*

Cópia do Programa	N	%
Tem cópia do PEI/PIAF/PIIP	22	40.0
Não tem cópia	27	49.1
Não sabe/Não responde	6	10.9

Relativamente ao tipo de trabalho realizado com a família, podemos analisar no Quadro 64, a existência de planeamento conjunto de objetivos de trabalho (41.8%) e de aconselhamento educacional ou terapêutico maioritariamente centrado na criança (34.5%). De salientar a não existência de trabalho sistemático com a família em 18.2% dos casos.

Quadro 64. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Tipo de Trabalho realizado com a Família*

Tipo de trabalho	n	%
Aconselhamento educacional/terapêutico	19	34.5
Planeamento conjunto dos objetivos de trabalho	23	41.8
Coordenação e orientação para outros recursos	1	1.8
Apoio psicológico formal	2	3.6
Nenhum trabalho sistemático com família	10	18.2

Os técnicos que prestavam apoio às crianças e famílias do nosso estudo e que foram considerados pelos pais como “técnico responsável de caso” eram educadoras (18.2%), psicólogos (12.7%), TF (10.9%), TO (9.1%) e FT (9.1%). A percentagem de pais que referem que não sabem ou não respondem é de 40% (cf. Quadro 65).

Quadro 65. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Técnico Responsável de Caso do seu Filho(a)*

Responsável de Caso	N	%
Psicólogo	7	12.7
Terapeuta da Fala	6	10.9
Terapeuta Ocupacional	5	9.1
Fisioterapeuta	5	9.1
Educadora	10	18.2
Não sabe/Não responde	22	40.0

Quanto ao apoio domiciliário (AD), 54.5% refere não ter tido e 45.5% que tem ou já teve (cf. Quadro 66).

Quadro 66. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para Já Houve Algum Trabalho a Nível Domiciliário*

Trabalho a nível domiciliário	N	%
Sim	25	45.5
Não	30	54.5

O Quadro 67 apresenta as idades das crianças no início do apoio e podemos verificar que 14.6% iniciou o apoio entre os zero e os 12 meses, 18.2% entre os 12 e os 24 meses, 3.6% entre os 24 e os 30 meses e 1.8% com mais de 36 meses.

Quadro 67. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a Idade da Criança no Início do Apoio Domiciliário*

Idade da criança no início do AD	N	%
0 - 6 meses	3	5.5
6 - 12 meses	5	9.1
12 - 18 meses	6	10.9
18 - 24 meses	4	7.3
24 - 30 meses	2	3.6
+ 36 meses	1	1.8
Não sabe/não responde	4	7.3

No final do apoio, 10.9% tinha entre 30 a 36 meses, 9.1% entre 18 e 24 meses, 3.6% entre os 24 e os 30 meses e 3.6% com mais de 36 meses (cf. Quadro 68).

Quadro 68. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a Idade da Criança no Fim do AD*

Idade da criança no fim do AD	N	%
18 - 24 meses	5	9.1
24 - 30 meses	2	3.6
30 a 36 meses	6	10.9
+ 36 meses	2	3.6

A maioria do AD tem periodicidade semanal (30.9%) ou é esporádico (5.5%) (Quadro 69).

Quadro 69. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a Periodicidade do AD*

Periodicidade do AD	N	%
Semanal	17	30.9
Quinzenal	1	1.8
Mensal	2	3.6
Esporádico	3	5.5

Atualmente está a ser realizado apoio domiciliário em apenas 14.5% (n= 8) dos participantes (cf. Quadro 70).

Quadro 70. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para Atualmente está a ser realizado algum AD*

Atualmente está a ser realizado AD	N	%
Sim	8	14.5
Não	46	83.6
Não respondeu	1	1.8

Dos oito casos que têm AD atualmente, sete têm apoio semanalmente e um não respondeu (Quadro 71).

Quadro 71. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a Periodicidade do AD Realizado Atualmente*

Periodicidade do AD realizado atualmente	N	%
Semanal	7	12.7
Não respondeu	1	1.8

Relativamente à decisão acerca do AD, podemos verificar no Quadro 72, que foram maioritariamente os profissionais a decidir (32.7%). A família decidiu em 21.8% das situações e a decisão foi realizado por mútuo acordo em 16.4%. Elevada é a percentagem de famílias que não sabem ou não responderam (29.1%).

Quadro 72. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a Decisão sobre a Existência de AD*

Decisão acerca do AD	N	%
Família	12	21.8
Profissionais	18	32.7
Mútuo acordo	9	16.4
Não sabe/Não responde	16	29.1

No Quadro 73 podemos ver que a maioria das crianças frequentam creche ou jardim de infância (83.6%). As restantes estão em casa (16.4%).

Quadro 73. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a Frequência de Creche ou Jardim de Infância*

Frequência de creche ou jardim de infância	N	%
Sim	46	83.6
Não	9	16.4

As pessoas (pais, familiares, educadores, auxiliares, etc.) que estão diariamente com a criança têm orientação dos técnicos do PIP (90.9%) (cf. Quadro 74).

Quadro 74. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para as Pessoas que estão todos os Dias com o seu Filho(a) têm alguma Orientação dos Técnicos do PIP*

Orientação dos técnicos do PIP	N	%
Sim	50	90.9
Não	3	5.5
Não sabe/Não respondeu	2	3.6

Dos 46 inquiridos cujas crianças frequentam creche ou jardim de infância, 44 responderam que têm apoio semanal, um não respondeu e o outro refere-se a uma criança que está à espera que o apoio inicie na creche (cf. Quadro 75).

Quadro 75. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a Periodicidade do Apoio em Creche ou Jardim de Infância*

Periodicidade do apoio em creche ou jardim de infância	N	%
Semanal	44	80.0
Não sabe	1	1.8
Outro	1	1.8

O Quadro 76 mostra-nos que a grande maioria dos pais (94.5%) salientam que a IP ajudou a família a tornar-se mais competente para apoiar o seu filho(a) a desenvolver-se e aprender.

Quadro 76. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a IP ajudou a Família a tornar-se mais competente para Ajudar o seu Filho(a) a Crescer, Desenvolver-se e Aprender*

Apoio à família	N	%
Sim	53	96.4
Não	2	3.6

### **Sigilo sobre a informação**

Na parte final do guião de entrevista/questionário dos pais procuramos obter alguma informação dos pais sobre o sigilo relativo à informação. Cerca de 92.7% dos pais da nossa amostra sabe que os técnicos têm um processo com toda a informação sobre a criança (Quadro 77).

Quadro 77. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para O PIP tem um Processo Individual*

Existência de processo individual	N	%
Sim	51	92.7
Não	4	7.3

No entanto, como pode ver-se no Quadro 78, é muito menor a percentagem dos que já consultaram esse processo (21.8%; n= 12). Estes dados confirmam que o processo da criança/família existente parece ser um processo dos técnicos e para os técnicos.

Quadro 78. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para Já Consultou esse Processo*

Consulta do processo	N	%
Sim	12	21.8
Não	43	78.2

Quando perguntamos aos 43 inquiridos que disseram que não, Porquê? (cf. Quadro 79), 38 (69.1%) responderam porque não pedi, dois porque não pode (3.6%) e três não responderam (5.8%).

Quadro 79. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para Se Não, Porquê?*

Não consultou, Porquê?	N	%
Porque não pediu	38	69.1
Porque não pode	2	3.6
Não respondeu	3	5.4

No Quadro 80, podemos ver que são também maioritários os pais que referem nunca lhes ter sido perguntado se as informações constantes do processo podiam ser divulgadas e partilhadas (52.7%), sabendo-se no entanto que é habitual que nas reuniões técnicas se discutam os casos com base nestas mesmas informações. Responderam que sim 41.8% e não sabe ou não respondeu 5.5%.

Quadro 80. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para Perguntaram se podiam Partilhar com outros Técnicos as Informações que constam no Processo*

Partilha de informação do processo	N	%
Sim	23	41.8
Não	29	52.7
Não sabe/Não responde	3	5.5

### Satisfação dos pais

Relativamente à questão de adaptação do apoio à sua vida familiar, verificamos que a maioria dos inquiridos que responderam afirmativamente (cf. Quadro 81) justificando a sua resposta pelo facto do Programa responder às necessidades da criança e da família (16.4%), do horário de trabalho permitir acompanhar a criança ao Centro (12.7%) e do apoio não implicar deslocações (12.7%), já que é realizado na creche ou jardim de infância (cf. Quadro 82).

Quadro 81. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Programa Adapta-se à Vida Familiar*

Programa adapta-se	N	%
Sim	40	72.7
Não	15	27.3



Quadro 82. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Porque Sim*

Porque Sim	N	%
Apoio não implica deslocamentos	7	12.7
Não exercerem qualquer atividade profissional	2	3.6
Horário que permite acompanhar a criança ao Centro	7	12.7
Não alterou a vida familiar	4	7.3
Participação dos pais	5	9.1
Responde às necessidades da criança	5	9.1
Responde às necessidades da criança e da família	9	16.4
Não sabe /Não responde	1	1.8

Os pais que responderam que o apoio não se adaptava à sua vida (27.3%), foram aqueles que, mantendo outros apoios complementares fora da creche ou jardim de infância (p.e.: nas sedes dos PIP ou clínicas na comunidade), têm problemas na vida pessoal e profissional para garantir as deslocamentos (18.2%), ou então, referem que assegurar o transporte para os apoios causam prejuízo na sua vida familiar (9.1%) (Quadro 83).

Quadro 83. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Porque Não*

Porque não	N	%
Assegurar o transporte em prejuízo da sua vida familiar	5	9.1
Problemas na sua vida pessoal e profissional para garantir as deslocamentos necessárias	10	18.2

À questão H4<sup>56</sup> – “Acha que o apoio corresponde ao que desejava para si e para o seu filho” – a maioria dos pais responde afirmativamente (cf. Quadro 84).

Quadro 84. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Programa Corresponde ao que Desejava para si e para o seu Filho(a)*

Programa corresponde ao que desejava para si e para o seu filho(a)	N	%
Sim	43	78.2
Não	12	21.8

<sup>56</sup> Ver Anexo 4.

As duas principais justificações dadas relacionam-se em primeiro lugar com o apoio à família (36.4%) e, em segundo lugar, com os progressos que a criança tem conseguido (34.5%), avaliadas pelos pais de forma subjetiva e traduzida em frases como “orienta no desenvolvimento e actividades que podemos desenvolver com o nosso filho”; “aprendemos muito com as terapias e educadora especial”, “ajudaram-nos muito”. Em terceiro lugar, surge “a qualidade e quantidade” dos técnicos de apoio com 10.9%.

Quadro 85. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Porque Sim*

Porque Sim	N	%
Progressos que a criança tem conseguido	19	34.5
Qualidade e quantidade dos técnicos de apoio	6	10.9
Apoio à família	20	36.4
Não sabe/Não responde	1	1.8

Os pais que disseram que não (Quadro 86) apontaram como constrangimentos que os filhos não têm o apoio necessário (5.5%) e necessitam de manter apoios no exterior (10.9%).

Quadro 86. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o Porque Não*

Porque não	N	%
Filhos não têm o apoio necessário	3	5.5
Necessitam de manter apoios no exterior com prejuízo financeiro e de tempo	6	10.9
Sessões curtas e pontuais de apoio	1	1.8
Outro	1	1.8

Terminamos a análise das respostas dadas pelas famílias ao questionário com aquela que é porventura a pergunta mais importante. Nela, a grande maioria dos pais (94.5%) salientam que a IP ajudou a família a tornar-se mais competente para apoiar o seu filho(a) a desenvolver-se e aprender (Quadro 87).

Quadro 87. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a IP ajudou a Família a tornar-se mais competente para Ajudar o seu Filho(a) a Crescer, Desenvolver-se e Aprender*

Apoio à família	N	%
Sim	53	96.4
Não	2	3.6

A análise dos dados do Questionário aos Pais permitiu obter um conhecimento aprofundado dos PIP/ELIe do que acontece nas diferentes fases do processo de apoio num conjunto importante de variáveis. Na parte final deste capítulo e na conclusão ligaremos estes dados com os objetivos desta investigação.

#### **4. Resultados dos Questionários aos Profissionais**

Este questionário (ver Anexo 4), construído para o efeito, foi enviado aos técnicos dos diversos projetos de IPI da NUT III Norte Ave (sete Equipas). Ao solicitarmos aos profissionais que respondessem a este questionário, pretendíamos conhecer as suas ideias sobre a IPI, de um modo geral, sobre a intervenção centrada na família em particular, sobre a forma como decorre o processo de avaliação e intervenção, quais os aspetos mais importantes da intervenção e visitas domiciliárias, quais as abordagens e estratégias usadas com mais impacto nos resultados para a criança e família, bem como as aspetos positivos e negativos dos serviços ou equipas de IPI.

Uma vez que o questionário é constituído por 28 questões abertas, procedeu-se a uma análise de conteúdo das respostas dos técnicos. Os 16 questionários foram analisados e codificados.

Na exposição dos resultados relativos às ideias dos profissionais a trabalhar em equipas de IPI, iremos apresentar as respostas pela ordem do questionário, limitando-nos a apresentar e comentar, para cada uma das questões, as categorias e sub-categorias mais frequentadas.

##### **– Respostas à Pergunta 1 – O que é para si a Intervenção Precoce?**

Para todos os profissionais, a IPI é uma resposta à problemática resultante da situação de crianças quer com deficiências ou incapacidade, quer em risco biológico e ambiental. A maioria (9 referências) considera que essa resposta é dirigida às crianças e

suas famílias, enquanto um grupo de dois, a define como uma resposta dirigida às famílias de crianças com deficiência ou em situação de risco e um profissional a define como resposta dirigida à criança. Quanto aos objetivos da IPI, aparecem quatro referências considerando que ela visa promover o desenvolvimento da criança, e três considerando que ela visa promover as competências ou o bem-estar da família. Os aspetos organizativos, contam com sete referências que a consideram como uma medida de apoio integrado, uma resposta em rede ou sistema organizado de serviços de ação social, saúde e educação. Relativamente ao grupo etário abrangido pela IPI, seis são da opinião de que se trata de uma resposta dirigida às crianças dos 0 aos 6 anos de idade. Ao identificarem os principais componentes da IPI, dois profissionais dão-nos uma resposta que, na nossa opinião sintetiza e sistematiza de uma forma feliz tudo aquilo que está subjacente ao conceito actual e à prática de IPI:

*“A Intervenção Precoce consiste num conjunto de apoios especializados, estruturas e recursos organizados, assegurados por equipas técnicas transdisciplinares, que desenvolvem o seu trabalho com base em pressupostos sistémicos, familiares, transacionais e ecológicos, centrados na família, respeitando-a como elemento fundamental no processo de desenvolvimento das crianças. O objetivo último da intervenção precoce é promover as melhores condições de desenvolvimento da criança através da capacitação e responsabilização das famílias, contribuindo para uma sociedade mais inclusiva.”*

*“Forma integrada de apoio às crianças com idade compreendida entre os 0 e os 6 anos, em situação de risco ao nível do desenvolvimento ou com comprometimento diagnosticado, e sua família, englobando a vertente da reabilitação, saúde, educativa e apoio sócio-familiar, centrando (ou tentando ir ao encontro) a sua atuação no contexto e nas necessidades da família.”*

– ***Respostas à Pergunta 2 – No seu PIP/Equipa quem realiza o contacto inicial com a criança/Família?***

Os inquiridos (n=16) responderam da seguinte forma: psicóloga (5); diretora técnica e/ou assistente social (3), psicólogo ou educadora (1); coordenadora (2), educadora (2) e equipa (3). Dois exemplos de resposta são: *“Embora, em grande parte das situações o primeiro contacto telefónico seja estabelecido pela psicóloga, poderá variar de acordo com a sinalização e a área prioritária para a família”*; *“Habitualmente a psicóloga, mas depende da caracterização da criança, no formulário de sinalização.”*

– **Respostas à Pergunta 3 – Como é realizada a avaliação da criança e família?**

Como se trata de uma pergunta aberta foram analisadas as respostas dadas e encontradas as seguintes categorias (Quadro 88):

Quadro 88. *Categorias das Respostas e Exemplos de Referências para a Avaliação da Criança e Família*

Categorias	N.º Referências	Transcrições
Avaliação formal e informal	5	Avaliações formais e informais; com recurso a entrevistas e a avaliação do desenvolvimento da criança; em equipa; com a família, recolha de dados da anamnese, com o parecer da equipa multidisciplinar e com a aplicação do SGSII.
Avaliação formal	3	Avaliação formal utilizando um instrumento de avaliação formal do desenvolvimento da criança.
Avaliação informal	2	Entrevista realizada à mesma, no sentido de apurar situação económica, habitacional, dinâmica familiar, história clínica da criança; na presença da família, atendendo às suas principais preocupações; utilizado o Formulário de Planificação da Pré-avaliação.
Contextos de vida da criança	6	De acordo com as suas necessidades ou preferências poderá realizar-se em contexto de jardim-de-infância, domicílio, ama; em contexto e com a família; nos diferentes contextos de vida da criança.
Contextos não naturais	3	A avaliação é realizada no Serviço de Intervenção Precoce com a presença dos pais; ou na própria instituição.

As duas respostas que passamos a transcrever têm como objetivo apoiar o processo de compreensão das respostas dadas. “*Após o primeiro contacto telefónico com a família é combinado um momento de avaliação inicial que, de acordo com as suas necessidades ou preferências poderá realizar-se em contexto de jardim de infância, domicílio, ama ou na própria instituição. Regra geral esta primeira avaliação é depois complementada com a observação da criança noutros contextos.*”

*“No meu caso, efetuo avaliação social da família, mediante entrevista realizada à mesma, no sentido de apurar situação económica, habitacional, dinâmica familiar, história clínica da criança. Sempre que se justifique a entrevista é complementada com informações de outros Técnicos/Serviços que estejam a acompanhar a família (Segurança Social, CPCJ, etc.).”*

**– Respostas à Pergunta 4 – Que instrumentos são usados?**

Na avaliação são utilizados os seguintes instrumentos: TALC (1 referência), Teste articulatorio (1 referência), PAOF (1 referência), TICL (1 referência), TROG (1 referência), Escala de comunicação pré-verbal (1 referência) e provas informais (1 referência), Anamnese de Albuquerque, C. P., 1990 (1 referência), Entrevista semi-estruturada (1 referência), Escala de Avaliação do Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths (7 referências), Schedule of Growing Skills (4 referências), WPPSI-R (1 referência), Programa Crescer dos 0 aos 3 anos (1 referência), Curriculum Portage 3 a 6 anos (1 referência), Ecomapa (1 referência), Entrevista Baseada nas Rotinas (1 referência), PIIP (1 referência), PEI (1 referência), Checklist (1 referência), Observação (1 referência), Anamnese (1 referência), CIF (3 referências), Ficha Social (1 referência),

São exemplos de respostas dadas: *“Técnicas formais e informais de avaliação mediante protocolo de cada departamento e protocolo da avaliação inicial (registo de informações de carácter geral e específico”;* *“Não são utilizados instrumentos, faz-se uma observação inicial tendo em conta as necessidades e rotina da família e os pontos fortes da criança”;* *“Nos primeiros contactos são usadas as Escalas de Desenvolvimento Griffiths, ou uma checklist se aplicável. Posteriormente é efetuado um levantamento mais centrado nas necessidades e potencialidades da criança e da família”;* *“Instrumentos formais, avaliação informal, observação da criança nos vários contextos (jardim de infância, domicílio, recolha de informações junto da família, educadores ou outros profissionais”;* *“Para a avaliação da criança são utilizados vários instrumentos de avaliação (escala de avaliação do desenvolvimento Ruth Griffiths e Growing Skills) e intervenção (Currículo Crescer dos 0 aos 3 anos e Currículo Portage 3 a 6 anos). Para a intervenção é utilizado o PIIP e PEI. Para efetuar o inventário de necessidades da família o Ecomapa e a EBR.”*

– **Respostas à Pergunta 5 – É realizado relatório da avaliação?**

Dos 16 profissionais, 14 (87.5%) responderam que sim. Um respondeu que “*é realizado o Relatório Social*” e o outro refere que “*no final de cada avaliação a família recebe uma cópia assim como os restantes elementos da equipa interna e externa.*”

– **Respostas à Pergunta 6 – A família tem acesso a uma cópia?**

No Quadro 89, podemos ver que são maioritários os profissionais que referem que os pais têm acesso a uma cópia (68.7%). Os restantes responderam que não (18.7%) ou se for solicitado pelos pais (12.5%).

Quadro 89. *Frequências absolutas (n) e relativas (%) para A Família tem Acesso a uma Cópia*

Acesso a cópia	N	%
Sim	11	68.7
Não	3	18.7
Se/Sempre que solicitado	2	12.5

– **Respostas à Pergunta 7 – É elaborado um PIAF/PIIP/PEI para a criança/família?**

Todos os profissionais referem elaborar um Plano ou Programa para a criança e família. Sete referem elaborar um PIIP, cinco um PEI, dois um Plano de Intervenção e um Plano de Desenvolvimento Individual e um um Plano Individual-

Quatro exemplos de respostas podem ajudar-nos a ter uma ideia mais clara do conjunto:

*“Para cada criança é elaborado um Plano Individual, que agrega toda a informação relativa à criança e família (identificação, sinalização, dados sociais relevantes, história clínica da criança, percurso escolar, necessidades e expetativas da família, restrições e potenciais da criança ao nível da atividade e participação, barreiras e potenciais facilitadores ao nível do contexto e objetivos de intervenção.”*

*“O PIIP é elaborado para cada família/criança, logo no início da intervenção, com a família e equipa de caso e reformulado sempre que a família ache importante ou existam novas prioridades de intervenção. O PEI é elaborado em conjunto com a família e equipa de caso. A família fica com o original do PIIP e PEI”; “PEI, porque*

*era o documento exigido pelo Agrupamento”; “É elaborado um Plano de Intervenção (PI) e um Plano de Desenvolvimento Individual (PDI).”*

**– Respostas à Pergunta 8 – Como são encontrados os objetivos?**

Os objetivos são encontrados maioritariamente com base nas necessidades, características e expetativas da família (7 referências), com a família em reunião de equipa de caso (5 referências) ou com base nas necessidades e características da criança (3 referências) (cf. Quadro 90).

Quadro 90. *Categorias das Respostas acerca de Como são Encontrados os Objetivos*

Categorias	N.º Referências
Necessidades, características e expetativas da família	7
Necessidades e características da criança	3
Necessidades da criança e família	2
Caraterísticas dos contextos educativos	2
Avaliação realizada ao nível das funções do corpo, atividade e participação e barreiras/facilitadores	2
Conjunto família e equipa de caso/outros técnicos	5
Avaliação do desenvolvimento	2
Reunião multidisciplinar	1

São exemplos de respostas: *“Cada Técnico/Terapeuta que apoia a criança define os objetivos de trabalho com a mesma, em função das suas especificidades, tendo em conta o Modelo de Qualidade de Vida que pressupõe uma intervenção biopsicossocial.”* *“Os objetivos são encontrados em conjunto com a família e equipa de caso. Estes objetivos são registados em documento próprio (PIIP e PEI).”* *“Com todos os elementos da equipa interveniente no processo de desenvolvimento da criança, sempre que possível. Desta forma, são encontrados mais facilmente os recursos necessários para responder às necessidades colocadas pela família.”* *“Em reunião entre a equipa e os pais, sendo estes a identificar as suas necessidades e preocupações principais, quer em relação à criança, quer à família e comunidade.”*



– **Respostas à Pergunta 9 – Especifique com um exemplo?**

A melhor forma de apresentar as respostas dadas a esta pergunta é mostrar os próprios exemplos dados pelos profissionais: *“A criança deverá ser capaz de produzir frases do tipo SVO,...; a família deverá ser capaz de recorrer à espera estruturada...”*; *“Se, num momento específico, a preocupação da família estiver centrada no facto do seu filho ainda não conseguir caminhar, os objetivos do PIIP atendem a esse facto e são desenvolvidas estratégias e mobilizados esforços conjuntos para atingir esse objetivo”*; *“Comprar um pote para colocar na casa de banho – trabalhar o desfralde”*; *“Para a criança: “A M. deverá ser capaz de comer com colher no jardim de infância sem supervisão do adulto”*; *“A M. deverá ser capaz de pegar no lápis, duas vezes por semana...”*; *“Para a família: conseguir apoio para adquirir uma cadeira para o banho”*.

Como as respostas a esta questão pareceram-me muito ricas do ponto de vista analítico e muito diversificadas achamos importante transcrevê-las nas linhas seguintes:

*“A família coloca como dificuldade lidar com as birras da criança, apresentando esta comportamentos desadequados com muita frequência. A psicóloga sugere um plano para redução de comportamentos indesejados, com base em estratégias específicas. A família concorda em participar e colaborar nesse plano e coloca-se em documento próprio: Redução do número de birras ou comportamentos indesejados através da implementação de novas estratégias.”*

*“Verifica-se atraso no desenvolvimento da linguagem expressiva (a criança ainda não usa palavras ou gestos para comunicar), a família refere que tem dificuldades de comunicação com a criança, uma vez que ela não fala, e formula-se como objetivo geral de intervenção: Desenvolver a linguagem oral (gestual e verbal).”*

*“Se a família expressar que gostaria que o seu filho fosse integrado na creche, esse será um objetivo do PDI e serão tomadas todas as diligências, entre as quais, encontrar as respostas na zona de residência, reunião com as educadoras, soluções para o transporte (se necessário), entre outras.”*

*“Através da informação recolhida, quer das necessidades da criança, quer da família e tendo em conta o perfil de funcionalidade da criança são definidas as competências, como por exemplo a criança tem problemas de linguagem vamos trabalhar a linguagem e em colaboração com a terapeuta da fala por exemplo, dependendo da idade e da problemática, uma das competências será estimulação bocal*

*através de exercícios de sopro. Quando traçamos o PII temos o cuidado de que todos os contextos onde a criança esteja envolvida trabalhem na mesma direção, quer seja a instituição, quer seja a família.”*

*“Uma criança que tem dificuldades na alimentação, não consegue comer sozinha; os pais referem em reunião que um dos principais objetivos familiares é que o filho seja autônomo na alimentação. Em equipa e em contexto junto da criança, vamos averiguar o que pode ser feito para concretizar este objetivo. Por exemplo ver o tipo de cadeira, ver se a criança tem estabilidade, se os pés chegam ao chão e arranjar suporte de pés para ficar mais estável, ver o tipo de colher, seja o tamanho e inclinação, ver se é necessário arranjar um suporte para o prato para que a criança ao comer não arraste a comida para fora do prato, ver se é necessário algum reforço físico ou verbal.”*

*“Existe inicialmente um levantamento de necessidades sentidas pela família. Essas necessidades são registadas no PIIP. Ex: Quando a família coloca a necessidade de apoio para a compra de uma ajuda técnica para a criança. Esta necessidade será transformada num objetivo.”*

**– Respostas à Pergunta 10 – É utilizado algum instrumento?**

A maioria dos inquiridos responderam que sim (8 referências); não (2 referências); sempre (3 referências); quase sempre, conforme a situação (1 referência), são utilizados alguns programas mas nenhum de forma escrita (1 referência) e normalmente o que está estipulado pelo Agrupamento (1 referência).

Os instrumentos utilizados enumerados pelos profissionais que responderam que sim são: modelo de plano individual (2 referência), PIIP (2 referência), CIF (1 referência), PEI (1 referência), EBR (1 referência), Currículo Portage, Currículo para pais e educadores de crianças com DA<sup>57</sup> (1 referência), Programa “Crescer” (1 referência), Ficha Social (1 referência), Protocolo (1 referência).

**– Respostas à Pergunta 11 – A família tem acesso a uma cópia do mesmo do PIAF/PIIP/PEI?**

Os profissionais responderam que sim (12 referências), não (1 referência) e se solicitado pelos pais (3 referências). As cinco respostas que de seguida transcrevemos têm o intuito de enriquecer a compreensão acerca das respostas dadas: “A família

<sup>57</sup> Défice de Atenção.

*participa na elaboração do Plano Individual, assina o documento e se assim o desejar tem acesso a uma cópia do mesmo”; “Não, embora seja elaborado com o envolvimento e a participação das famílias, na definição de necessidades e expectativas, sendo posteriormente disponibilizado às mesmas para leitura, análise e discussão juntamente com os técnicos. O Plano é posteriormente assinado por todos (família, técnicos envolvidos na sua elaboração e na intervenção com a criança)”;* “Sim, se solicitar é feita uma cópia”; “A Família tem acesso aos originais, ficam no processo cópias dos mesmos documentos”; “Sim, tendo que ser obrigatoriamente lido e assinado.”

– **Respostas à Pergunta 12 – Como é avaliado este Programa?**

Pela análise das respostas dadas (Quadro 91), verificamos que o Programa é avaliado em reunião Família-Equipa (5 referências) e em equipa (4 referências).

Quadro 91. *Categorias da Forma como é Avaliado o Programa*

Categorias	N.º Referências
Técnicos envolvidos	1
Reunião Família-Equipa	5
Equipa	4
Monitorizado informaticamente	1
Avaliação qualitativa direta (Modelo do Agrupamento)	1
Desempenho da criança nas sessões	1
Taxa de eficácia	2
Escala de avaliação	2

Algumas das respostas dadas são apresentadas de seguida de forma a apoiar a compreensão das categorias identificadas. As duas primeiras respostas evidenciam a utilização de um PIIP, algumas características do processo e do próprio instrumento:

*“O PIIP é avaliado através das reuniões trimestrais com a presença de toda a equipa de caso, incluindo outros profissionais que trabalham com a criança e família, e através dos encontros informais com as famílias. Avaliamos os objetivos traçados “o que conseguimos e quando” e auscultamos novos objetivos “o que é necessário e quem fa.”;* “Em reuniões de equipa de caso e sempre que se justifique – ao longo da intervenção.”

Este segundo grupo de respostas apresenta características de avaliação centrada no profissional e na criança, bem como da utilização de escalas e de taxas de eficácia na medida dos resultados atingidos: *“Cada um dos objetivos do PI é avaliado como adquirido, em aquisição ou não adquirido nas datas previstas para avaliação do PI. A avaliação é efetuada com base no desempenho que a criança vai tendo nas sessões, na troca de informações entre todos os intervenientes e, se necessário, recorrendo a provas formais”*; *“De acordo com uma escala de avaliação, que permite classificar cada objetivo como adquirido, parcialmente adquirido ou não adquirido, e na avaliação final calcular a taxa de eficácia do PI.”*

**– Respostas à Pergunta 13 – Com que periodicidade?**

A periodicidade trimestral foi a mais referenciada (62.5%) seguida da periodicidade semestral (31.2%). Um profissional não respondeu (6.2%). Exemplos de respostas: *“Duas vezes por ano, ou sempre que se justifique.”*; *“No mínimo três vezes por ano letivo.”*; *“Trimestralmente e sempre que a família solicitar.”*; *“Bi-anual (o plano tem a duração de um ano. É realizado no início do ano civil, sendo a avaliação intermédia efetuada em Julho de cada ano e a avaliação final em Dezembro).”*

**Respostas à Pergunta 14 – Quem está presente na Avaliação?**

As respostas dadas a esta pergunta foram: (1) Depende das situações; (2) O gestor de caso e os técnicos que intervêm na criança; (3) Os técnicos e as famílias, quando possível; (4) Os técnicos envolvidos; (5) Equipa; (6) Na avaliação estão presentes todos os elementos da equipa de caso (Família nuclear, alargada, elementos da comunidade, médicos, terapeutas, fisioterapeutas, hidroterapeutas, educadores, assistentes sociais, etc.); (7) Sempre que possível, todos os intervenientes; (8) Família e técnicos intervenientes; (9) Toda a equipa (Fisioterapeuta, Terapeuta da Fala, Terapeuta Ocupacional, Psicóloga, Técnica de Serviço Social e a Família); (10) Todos os intervenientes; (11) Equipa multidisciplinar; (12) Os técnicos e a família; (13) Técnicos e Família; (14) Os técnicos e a família; (15) Os técnicos e a família; (16) Os elementos da equipa técnica, os pais e a criança, conforme opção dos pais.

**Respostas à Pergunta 15 – Como é realizada a intervenção (aspectos positivos/dificuldades)?**

Pela importância deste grupo de respostas decidimos apresentar as respostas que foram dadas na vertente dicotômica aspectos positivos e negativos e de seguida a transcrever todas as outras respostas pela riqueza encontrada nas narrações dos profissionais. As respostas criaram duas categorias relacionadas com os aspectos positivos e negativos da intervenção em ambientes naturais (Quadro 92) e da intervenção nos ambientes não naturais de sede do PIP/ELI (Quadro 93).

*Quadro 92. Categorias acerca dos Aspectos Positivos e Dificuldades da Intervenção nos Contextos Naturais*

Aspectos positivos	Aspectos negativos
quando em contexto escolar há maior articulação com o mesmo; melhor adequação de atividades e estratégias ao contexto da criança; o contacto com os técnicos que trabalham diariamente com a criança; o contacto com as outras crianças e com o ambiente em que a criança se movimenta, tal como as suas rotinas; obter um conhecimento do desenvolvimento da criança e da família; permite dar pistas de trabalho a quem passa a maior parte do tempo com a criança, no sentido de reforçar e dar continuidade ao trabalho realizado pelas verdadeiras terapeutas da IP (educadoras, família e ama).	quando em contexto escolar há uma menor articulação e comunicação com os pais; a dificuldade no contacto com os pais, quando o apoio é feito em Jardim/Creche; a falta de condições de espaço físico de alguns JI/Creches; o tempo dispendido em deslocações.

*Quadro 93. Categorias acerca dos Aspectos Positivos e Dificuldades da Intervenção nos Contextos Não Naturais (Sede das ELI/PIP)*

Aspectos positivos	Aspectos negativos
maior participação e motivação da família; a atenção individualizada que podem obter as famílias e as crianças; o conforto e panóplia de materiais/brinquedos de que dispõem as instalações; sempre na presença dos Pais ou outros familiares.	pouco contacto com meio escolar; dificuldade na generalização de aprendizagens da criança, tendo em conta o setting em que ocorrem; o transtorno para as famílias na deslocação aos apoios, interferindo com as suas rotinas.

A intervenção é realizada em diferentes contextos, sempre na presença da família (pai, mãe, avô, irmãos,...) ou da educadora; é realizada em meio natural de vida; em

contexto natural; a intervenção é realizada no contexto natural da criança e privilegia-se, obviamente, a presença, participação e comunicação com a família.

São exemplos de respostas dadas pelos profissionais: *“Através de reuniões com pais e educadores (positivo: aumenta a motivação dos intervenientes; negativo: dificuldade em encontrar horários compatíveis).”*

*“A intervenção é realizada em diferentes contextos, sempre na presença da família (pai, mãe, avô, irmãos,...) ou da educadora. Dependendo das necessidades e características da criança e do grupo os apoios em jardim de infância poderão ser mais individualizados, em pequeno grupo ou grande grupo. Regra geral, procuramos aferir os nossos objetivos e atividades em função dos temas abordados na sala de aula, existindo uma programação (informal) com a Educadora sobre as atividades a realizar na semana seguinte. Quando, por algum motivo, não é possível à família estar presente todas as semanas nas sessões procuramos utilizar cadernos de comunicação com a mesma e enviar atividades e sugestões para realizar em casa. Pelo facto de apoiarmos vários jardins de infância de todo o concelho, e necessitarmos de cumprir horários muitas vezes, uma das maiores dificuldades que sentimos está relacionada com o facto de nem sempre podermos disponibilizar todo o tempo que gostaríamos em determinada situação.”*

*“A intervenção é realizada na instituição (fora do contexto – negativo) sempre na presença dos Pais. Tentamos que o horário da intervenção vá de encontro à disponibilidade dos pais, o que nem sempre é possível. Na minha opinião focamo-nos demasiado na patologia, isto é nos pontos fracos da criança. A nossa intervenção ainda se baseia muito no modelo clínico, está demasiado centrada na criança, penso que também deveríamos dar mais apoio à família para aprender a lidar com as dificuldades da criança.”*

*“Apoio direto no domicílio e nas instituições, direto na criança quer em contexto sala de aula quer individualizado, conforme a necessidade da criança e também em articulação com a docente da instituição e também, nestes casos, a família também é responsabilizada para dar continuidade ao trabalho.”*

### **Respostas à Pergunta 16 – Que aspetos considera mais importantes na intervenção**

Um profissional não respondeu a esta pergunta. Os 15 que responderam revelaram como aspetos mais importantes na intervenção: relação com a família (2 referências); envolvimento das famílias (7 referências); intervenção precoce e atempada (1

referência), contextos naturais (3 referências); envolvimento de outros profissionais que intervêm na criança/família (4 referências); partilha constante de informação (1 referência); todos os elementos da equipa terem conhecimento do trabalho que está a ser desenvolvido com a criança e darem continuidade ao mesmo (1 referência); trabalho em equipa e relação entre técnicos (4 referências); a motivação das famílias (1 referência), o trabalho em parceria (1 referência), o trabalho intensivo e direcionado a criança, tendo em conta as suas necessidades (1 referência); e a passagem de competências para a família e outros técnicos (2 referências).

Relativamente à intervenção centrada na família os profissionais referem-se à importância do “*envolvimento das famílias em todas as fases do processo*”, de “*transmitir estratégias e competências para as famílias que são os primeiros educadores das crianças*” e de “*dar resposta às prioridades identificadas pela família.*”

A resposta deste profissional ajuda-nos a enriquecer a análise: “*O contacto frequente (de preferência semanal) com pelo menos um elemento da família e a educadora para que estes possam dar continuidade ao trabalho desenvolvido. É essencial que a família e os educadores nos vejam (e sejam vistos) como reais membros da equipa. É fundamental estabelecer um grau de confiança e empatia que permita tirar dúvidas, aferir estratégias, definir objetivos, “criticar”, partilhar angústias e sucessos sem receios e tal só é possível através do contacto pessoal frequente. Não é através de reuniões formais nem de visitas esporádicas nas quais os técnicos se limitam a observar e a “ditar receitas” que é possível desenvolver um bom trabalho de articulação. Tal como não é suficiente uma observação para conhecer realmente uma criança também não é suficiente uma visita para se perceber o funcionamento de um jardim ou de uma família.*”

### **Respostas à Pergunta 17 – Participam no apoio técnicos de outras instituições ou serviços da comunidade?**

Na análise às respostas dadas pelos profissionais, constatamos que 87.5% (n= 14) respondem que sim, 6.25% (n= 1) responde que não e 6.25% (n= 1) responde sempre que possível. Dos 14 profissionais que respondem que sim, cinco referem: (1) “*o apoio é prestado em colaboração com as educadoras (titulares de turma, ou especializadas) das várias instituições e agrupamentos de escolas do concelho.*”; (2) “*(...) o apoio é prestado nos contextos de vida, envolve necessariamente educadores das creches/infantários onde as crianças estão integradas.*”; (3) “*participam elementos*

*provenientes de outras instituições, nomeadamente clínicas, IPSS, câmara, hospitais centrais e locais, agrupamentos, segurança social, etc.”; (4) “no princípio e no fim do ano são realizadas reuniões com as Educadoras.”; (5) “É promovido o trabalho conjunto com os elementos externos, nomeadamente ao nível educativo e de saúde.”*

**Respostas à Pergunta 18 – São realizadas reuniões com a família e técnicos que intervêm na criança/família?**

Todos os profissionais responderam que sim, menos um que respondeu da seguinte forma: *“Salvo raras exceções as famílias assistem e participam ativamente em pelo menos uma das sessões semanais (na instituição, JI ou domicílio) pelo que não sentimos necessidade de reunir formalmente com a família. No entanto, estas reuniões são marcadas sempre que surge algum problema ou a necessidade por parte de algum elemento da equipa ou família de abordar algum tema específico (ex: pedido de adiamentos de matrícula, alteração no comportamento da criança).”*

**Respostas à Pergunta 19 – Com que periodicidade?**

A categoria Sem Periodicidade Definida foi assinalada três vezes; a categoria Sempre que Necessário uma vez; a categoria Trimestral cinco vezes; a categoria Variável Mediante a Família os Técnicos e a Disponibilidade de Todos também três vezes; a categoria Trimestral e Quando Necessário duas vezes; a categoria Semestral uma vez e a categoria Semestral/Anual/ou Sempre que Necessário igualmente uma vez.

São exemplos de respostas dadas: *“Sempre que se justifique. Não existe uma periodicidade certa.”; “Sempre que existe um motivo que o justifique, mas pelo menos duas vezes por ano. Os pais estão presentes numa grande parte dos apoios.”; “Pelo menos 3x ao longo do ano letivo.”; “Trimestral e/ou quando necessário. Há casos que é mensal.”*

**Respostas à Pergunta 20 – Como são envolvidos no processo de avaliação e intervenção a família e outros profissionais que intervêm com a criança?**

As respostas dos profissionais destacam diferentes metodologias de envolvimento e articulação entre profissionais, famílias e serviços, bem como um conjunto de aspetos organizacionais importantes, como pode ser verificado no Quadro 94.



Quadro 94. *Exemplos de Referências acerca do Envolvimento no Processo de Apoio de Outros Profissionais que Intervêm na Criança e Família*

Categoria	Transcrição de Referências
Participação	A família e os outros profissionais participam ativamente em todas as fases do processo (assistem e participam nas sessões). Desta forma é possível um constante aferir de estratégias e objetivos, esclarecer dúvidas e preocupações, etc..; em reuniões/contactos semanais/sessões em conjunto com as famílias e outros profissionais; tanto a família como quaisquer outros técnicos que intervêm com a criança fazem parte da equipa; todos participam nas reuniões, todos partilham informações e todos colaboram na construção e elaboração do PIIP, em parceria com a família; participando nas sessões de intervenção com as crianças, participando em reuniões de avaliação e execução dos planos; são convidados a participar na primeira avaliação; todos fazem parte do processo, no entanto por vezes é difícil reunir com a periodicidade que gostávamos devido à distância dos técnicos e/ou disponibilidade dos mesmos.
Sessões em Grupo nos Contextos	Quando as sessões se realizam em contexto de creche ou jardim de infância se possível e necessário (ex: introdução de signos gestuais) as sessões são realizadas em conjunto com as restantes crianças do grupo.
Colaboração	Mediante uma colaboração estreita com as famílias e os outros profissionais, na partilha de informação e na identificação conjunta de expetativas e das necessidades da criança e da família; todos os intervenientes avaliavam em conjunto e ajustavam o PII de acordo com o sucesso ou o retrocesso da criança.
Envolvimento	Toda a equipa é envolvida de igual forma no processo de avaliação e intervenção; os profissionais são envolvidos de forma natural no início e durante o processo de intervenção; é ao responsável de caso que cabe a articulação e envolvimento de todos os elementos da equipa de caso.
Organizacional	Através de reuniões, articulação interdisciplinar e interinstitucional, partilha de informação via carta, telefone, e-mail ou presencial; através de contactos telefónicos, partilha de relatórios; dentro dos possíveis em parceria através de contactos formais e informais; reuniões, reuniões de avaliação; por vezes é difícil reunir com a periodicidade que gostávamos devido à distância dos técnicos e/ou disponibilidade dos mesmos; são efetuadas deslocações anuais, ou sempre que solicitado, ao contexto escolar, bem como se procura manter contacto com os demais intervenientes, embora nem sempre efetivo.

### **Respostas à Pergunta 21 – Os recursos da comunidade são considerados ao longo do processo de avaliação e intervenção?**

Os recursos da comunidade são considerados ao longo do processo de avaliação e intervenção para 81.3% dos profissionais. Os restantes 18.7% (n= 3) responderam “*sempre que possível*”.

Como faz notar um dos respondentes “*os recursos da comunidade são sempre considerados e envolvidos ao longo da intervenção, são convidados a estar presentes nas reuniões de equipa de caso; os colaboradores da comunidade são sempre informados formalmente das evoluções do processo.*”

### **Respostas à Pergunta 22 – Quais?**

No Quadro 95 podemos verificar as categorias identificadas para esta pergunta e as respostas dadas pelos profissionais. Os serviços de ação social obtiveram 19 referências, educação (18 referências) e serviços de saúde (17 referências).

Quadro 95. *Categorias acerca dos Recursos da Comunidade Considerados ao Longo do Processo de Avaliação e Intervenção*

Categories	Subcategorias e N.º Referências
<b>Saúde (17 referências)</b>	Centro de Saúde (6 referências); Hospital (4 referências); Clínicas (3 referências); Serviços Privados <sup>58</sup> (4 referências).
<b>Educação (18 referências)</b>	IPSS (5 referências); Agrupamentos de Escolas (2 referências); Serviços de Educação Especial (1 referências); Creche (3 referências); JI (5 referências); Escolas (2 referências).
<b>Ação Social (19 referências)</b>	Segurança Social (3 referências); Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (3 referências); Cruz vermelha (2 referências); Juntas de Freguesia (2 referências); Autarquia <sup>59</sup> (6 referências); Associações Culturais e Recreativas (1 referências); Centro de Emprego (2 referências).
<b>Outros (3 referências)</b>	Jornais locais (1 referências); Comunidade local (1 referências); Piscinas locais (1 referências).

<sup>58</sup> As referências a profissionais liberais/privados (médicos, terapeutas, psicólogos, etc.) que trabalham de forma independente em gabinetes, consultórios, na sua própria casa ou outro, foram agrupadas nesta subcategoria.

<sup>59</sup> As referências a serviços de Ação Social e outros das Autarquias foram agrupados nesta subcategoria.

**Respostas à Pergunta 23 – Realiza visitas domiciliárias?**

A maioria dos profissionais realiza visitas domiciliárias (75%). Dois profissionais referem que não (12.5%) e outros dois só as vezes (12.5%).

**Respostas à Pergunta 24 – Que aspetos considera mais importantes nestas visitas?**

Segundo os profissionais os aspetos mais importantes nas VD são a relação com a família, as oportunidades naturais e a promoção da confiança e competência do prestador de cuidados, todas com quatro referências (cf. Quadro 96).

Quadro 96. *Distribuição das Referências enquadradas nas Categorias acerca dos Aspetos mais Importantes nas VD*

Categorias <sup>60</sup>	Transcrição de Referências
Relação com a Família (4 referências)	Respeitar a privacidade da família, conhecer melhor a sua realidade; considero o respeito pelos valores e modo de vida da família; a relação que é estabelecida com a família.
Participação da Criança (3 referências)	Conhecer o comportamento da criança nesse contexto, a forma como se relaciona e as interações que se estabelecem entre todos os elementos do agregado familiar (e mesmo comunidade envolvente – vizinhos) bem como as condições da casa; estas visitas servem para avaliar condições habitacionais, concretamente no que se refere à higiene, arrumação e limpeza, existência ou não de infra-estruturas necessárias (água, luz, casa de banho).
Oportunidades Naturais (4 referências)	Condições em que a família reside e recursos materiais que poderão ser utilizados na intervenção; o contacto com o ambiente/contexto natural em que a criança se desenvolve, com o ambiente familiar, com as relações familiares, com as rotinas; a adequação do contexto à criança em questão, p. e. prescrição de ajudas técnicas para o banho.
Promoção da Confiança e Competência do Prestador de Cuidados (4 referências)	Estreitar a relação de confiança e empatia; oportunidade para avaliar o contexto, adequar melhor as atividades e estratégias de intervenção e oportunidades para prestar esclarecimentos à família; a partilha mútua entre todos, a amizade e a confiança.
Fidelidade da Implementação (3 referências)	Conhecimento o contexto natural da criança e da família; contexto da criança (microssistema); percepção do contexto e rotinas familiares in lócuo.

<sup>60</sup> Categorias inspiradas no trabalho de Stremel & Campbell (2007) e sintetizado no capítulo III.

**Respostas à Pergunta 25 – O que é para si uma intervenção centrada na família?**

Para os 16 profissionais que responderam ao questionário, a intervenção centrada na família (ICF) é, em primeiro lugar, uma intervenção que responde às prioridades e necessidades do conjunto da família (81.2%), seguindo-se o ser uma intervenção que incide na família como principal contexto de desenvolvimento da criança (12.5%) e que implica um papel ativo da família (12.5%).

No que se refere à categoria “objetivos da intervenção centrada na família”, os profissionais consideram-na uma intervenção que visa a capacitação da família e parte das suas competências (37.5%), aparecendo, em seguida, com maior número de referências a subcategoria “visa apoiar a família com vista ao desenvolvimento da criança” (25%).

Aparece ainda uma terceira subcategoria, que designamos “Outras”, com baixa percentagem de resposta, que engloba aspetos organizativos: “*é um trabalho de transdisciplinaridade*”.

As três respostas que transcrevemos podem dar uma visão ampla da intervenção centrada na família. A primeira e a segunda porque se complementam e abarcam todas as categorias identificadas: “*Na intervenção centrada na família teremos que ter em conta não só as necessidades específicas da criança mas também todo o sistema familiar. A família é ouvida, respeitada e valorizada devendo estar informada e participar ativamente em todas as fases do processo. É fundamental que adquira conhecimentos e competências que lhe permitam ultrapassar as suas dificuldades e promover o desenvolvimento da criança*”; “*É uma intervenção que tem em conta os problemas, dificuldades, necessidades e recursos/ potenciais da família, principal contexto de desenvolvimento da criança, no sentido de criar um conjunto de oportunidades para que as famílias possam promover e participar ativamente no processo de desenvolvimento e aprendizagem da criança.*”

A terceira porque nos chama a atenção para as rotinas, crenças e recursos da criança e família e formas de as potenciar: “*Reconhecer que a criança está integrada numa família que tem as suas rotinas, crenças e recursos. Para potenciarmos o desenvolvimento da criança necessitamos de identificar as necessidades da família, identificar os seus recursos formais e informais e apoiar a família de modo a que esta reconheça os seus pontos fortes e capacidades de forma a recrutar os seus recursos e fortalecer o seu funcionamento.*”

**Respostas à Pergunta 26 – Na sua opinião a Intervenção Precoce é eficaz?**

Para 15 dos 16 profissionais, a IPI é eficaz, no entanto, dois colocam como condição essencial: “*se se conseguirem estabelecer parcerias de forma a encontrar na comunidade os recursos necessários a cada situação, o que nem sempre acontece (há por vezes algum desalento)*”; e “*se centrada nas necessidades e valores da família; em contexto natural; envolvimento da família no acesso a recursos da comunidade, promovendo assim o seu crescimento*”. Para um dos profissionais a IPI nem sempre é eficaz.

**Respostas à Pergunta 27 – Quais as abordagens e estratégias por si usadas que considera ter mais impacto nos resultados para a criança e família?**

As respostas foram agrupadas em seis categorias de acordo com os seguintes resultados: trabalho de equipa (3 referências), intervenção nos contextos naturais e rotinas da criança e família (4 referências), abordagem centrada na família (6 referências), responsável de caso (1 referência), PIIP (1 referência); envolvimento dos recursos da comunidade (1 referência); valores e ética profissional (1 referência). Assim, a intervenção centrada na família com seis referências e a intervenção nos contextos naturais e rotinas da criança e família são as abordagens e estratégias que os profissionais utilizam e consideram ter mais impacto nos resultados da criança e família (cf. Quadro 97).

**Respostas à Pergunta 28 – Aspectos positivos dos programas?**

Os profissionais consideraram como aspectos mais positivos dos programas o trabalho em equipa (12 referências); intervenção centrada na família e criança (5 referências), a articulação e integração de recursos e serviços (3 referências); trabalho de prevenção (1 referência); apoio nos contextos naturais (2 referências); formação em IP (2 referências); realização de um plano individualizado de intervenção (1 referência).

O aspeto mais importante desta análise é o facto de 12 dos 16 profissionais terem utilizado a palavra equipa nas suas respostas, com referências diversas ao: trabalho em equipa (incluindo família); partilha de saberes com facilidade; qualidade do trabalho; partilha de informação constante; discussão constante dos casos; trabalhar em parceria – dois técnicos presentes no momento da intervenção, por exemplo; envolvimento de toda a equipa de caso na intervenção; intervenção em equipa transdisciplinar e proximidade

física com pais e técnicos que intervêm directamente com as crianças; reuniões semanais de educadoras em se vão fazendo alguns estudos de caso e em que há colaboração; qualidade dos recursos humanos e físicos e disponibilidade para a família.

*Quadro 97. Exemplos de Referências para as Abordagens e Estratégias Usadas Com Mais Impacto nos Resultados da Criança e Família*

Categoria	Transcrição de Referências
Trabalho em equipa	Intervenção em equipa; dialogar e partilhar informações de forma constante com a família e restantes elementos da equipa; trabalhar em parceria com o Educador de Infância caso a criança frequente creche ou JI; elaborar objetivos em equipa; procurar envolver sempre a família na intervenção; equipa transdisciplinar; responsável de caso; PIIP é a chave da intervenção.
Abordagem centrada na família	Centrada na família; valorizar e elogiar todos os esforços desenvolvidos por uma família, no sentido de dar as respostas que consideram a mais adequada à sua criança; envolver sempre a família na intervenção; uma abordagem que tenha em conta as capacidades da família; relação de parceria com os pais; conhecimento da família e de todos os que envolvem o processo da criança; confiança a partilha de ideias e saberes; informação acerca daquilo que as famílias procuram; encontrar respostas que vão ao encontro da criança e da família; ouvir as famílias e capacitá-las para a resolução dos seus problemas.
Intervenção nos contextos naturais	Intervenção em equipa e nos contextos naturais da criança e família; o apoio no contexto de vida da criança; embora também julgue importante o trabalho no contexto mais do que local, parece-me fundamental a presença da família e das educadoras; relação de parceria com os pais, identificação dos pontos fortes da criança; a implementação de estratégias de intervenção baseadas nas rotinas familiares; envolvimento dos recursos da comunidade;

Quanto à articulação e integração de recursos, os profissionais referiram-se à articulação com as educadoras titulares, educadoras especializadas e auxiliares dos agrupamentos e instituições particulares e ao envolvimento da comunidade.

No domínio dos princípios e dos comportamentos foram encontradas referências ao profissionalismo dos técnicos, envolvimento e comprometimento, responsabilidade, colaboração e espírito de equipa, a confiança e a partilha.

**Respostas à Pergunta 29 – Aspectos negativos dos programas**

Os aspectos negativos encontrados foram: (a) profissionais [10 referências encontradas: atitudes/comportamentos (4) e formação/supervisão (7)]; (b) sistema [5 referências: constrangimento ao nível da intervenção (4); mobilidade dos profissionais (1), número de casos por profissional (4), recursos financeiros (2), recursos humanos (9), articulação/colaboração inter/intra equipas IPI (6), orientações do SNIPI/equipas supervisão (2); ausência de formação e experiência dos Dirigentes e Diretores (1).

Os dois aspectos mais negativos são a falta de formação (7 referências) e a falta de recursos humanos (9 referências).

Relativamente à **categoria profissionais** é de salientar que no domínio da **formação/supervisão**, uma referência é para a inexistente supervisão e todas as outras para a falta de formação, incluindo duas referências à formação em serviço. Na **categoria sistema** os aspectos mais relevantes são os seguintes para as diferentes subcategorias: **constrangimentos ao nível da intervenção**, foram referidas as dificuldades em torno da mobilidade dos profissionais entre instituições e apoios e aspectos mais ligados à intervenção propriamente dita como a intervenção focada na criança ou a intervenção descontextualizada ou a necessidade de mais oportunidades de aproximação, aos contextos reais da criança/família; **recursos humanos**, foram enumeradas a falta de psicólogos e terapeutas, e o número reduzido de educadoras; **articulação/colaboração inter/intra equipas IPI**, foi referida o pouco envolvimento das educadoras do ME na equipa e a pouca interação entre os profissionais que intervêm com a criança e família, nomeadamente os clínicos o que resulta numa disparidade de informação que só prejudica o processo; **orientações do SNIPI/supervisão**, a falta de informação sobre as tarefas do responsável de caso e necessidade de homogeneizar procedimentos entre os profissionais dos diferentes ministérios.

**5. Resultados da Escala de Avaliação do Apoio Social**

Os dados de caracterização da amostra do nosso estudo relativamente às redes de apoio social, que apresentamos agrupados em subcategorias de apoio porque consideramos facilitar a apreciação acerca do alcance das mesmas, mostram-nos no Quadro 98, em que medida os inquiridos se manifestaram acerca da sua rede de apoio informal e formal.

Os resultados obtidos permitem avaliar a disponibilidade ( $M= 14.87$ ;  $DP= 2.85$ ) e a utilidade dos diferentes elementos da rede de apoio social da família ( $M= 42.29$ ;  $DP= 11.09$ ).

Quadro 98. *Mínimos, Máximos, Médias (M) e Desvios Padrão (DP) para os Totais das Subescalas da FSS*

Total Subescalas FSS	Mínimo	Máximo	M	DP
FSS Quantidade	7.00	19.00	14.87	2.85
FSS Utilidade	24.00	75.00	42.29	11.09
FSS Informal Familiar	4.00	28.00	14.96	5.97
FSS Informal Não Familiar Indivíduos	0.00	23.00	7.71	4.49
FSS Informal Não Familiar Grupo	0.00	7.00	1.75	1.75
FSS Formal Profissionais	1.00	10.00	6.47	2.43
FSS Formal Serviços	5.00	15.00	10.82	2.77
Total Rede Informal	8.00	55.00	24.42	9.08
Total Rede Formal	8.00	25.00	17.29	4.49

Como a escala é constituída por 19 elementos que podem prestar apoio social às famílias, vemos que a sua amplitude total pode variar entre 0 pontos (para todas as respostas não disponível) e 95 pontos (para todas as respostas muitíssimo útil). A média total obtida que corresponde à da soma das médias das diferentes subescalas, foi de 42.29 ( $DP= 11.09$ ). Considerando a amplitude por subescalas temos, para a **subescala Familiar** (constituída por 6 itens) uma amplitude que varia entre os 0 e 30 pontos. Para a **subescala Não Familiar** (Indivíduos, constituída por 5 itens) temos uma amplitude entre os 0 e os 25 pontos. A amplitude para as subescalas **Não Familiar** (Grupos Sociais, constituídas por 3 itens) varia entre os 0 e os 15 pontos. Para a subescala **Profissionais** (constituída por 2 itens) uma amplitude entre os 0 e os 10 pontos e, finalmente, para a subescala **Serviços** (constituída também por 3 itens) temos uma amplitude de 0 a 15 pontos.



**a) Subescala Familiares (itens 1,2,3,4,5 e 8)**

Da aplicação da Escala de Avaliação do Apoio Social constatou-se que os inquiridos consideram em média os elementos da subescala família como por vezes útil ( $M=14.96$ ;  $DP= 5.97$ ). Os elementos da família mais valorizados em termos de apoio social são os familiares diretos do inquirido (pais e familiares) e o cônjuge/companheiro, sendo este último considerado, em média, como muito útil. Os filhos são considerados em média por vezes úteis. Os pais do cônjuge/companheiro e os familiares do cônjuge/companheiro são considerados como nada útil.

**b) Subescala Não Familiares (indivíduos) (itens 6,7,9,10 e 11)**

Nesta subescala, estão incluídos os membros informais da rede de apoio social da família ( $M= 7.71$ ;  $DP= 4.49$ ). Dentro destes, os amigos do inquirido são por vezes úteis e todos os outros grupos (cônjuge/companheiro, os vizinhos, outros pais e os colegas de trabalho) são considerados pelas famílias como nada útil. No entanto, os outros pais e os colegas de trabalho são considerados mais vezes como não disponíveis. Isto mostra que as relações próximas das famílias da nossa amostra são, para estas, em média nada úteis em termos do apoio social que lhes prestam.

**c) Subescala Não Familiares (grupos sociais) (12, 13 e 14)**

Os elementos informais da rede social da família, tais como, grupos de pais e os grupos sociais/clubes e os membros da igreja/padre, que constituem esta subescala, são em média considerados como não disponíveis para as famílias da nossa amostra ( $M= 1.75$ ;  $DP= 1.75$ ). Os membros da igreja/padre são considerados em média não úteis. Contudo, a análise das médias denota que os grupos sociais/clubes estão ligeiramente menos disponíveis que os grupos de pais.

**d) Subescala Profissionais (itens 15 e 18)**

Da avaliação da utilidade do médico da família ou da criança e de outros profissionais individuais especializados como do técnico de serviço social, terapeutas e professores, são para as famílias da nossa amostra, tidos como geralmente úteis e muito úteis respetivamente ( $M= 6.74$ ;  $DP= 2.43$ ).

### e) Subescala Serviços (itens 16, 17 e 19)

A subcategoria serviços de saúde, sociais, saúde mental, entre outros é observada em média como geralmente útil, a creche e jardim de infância como muito útil e o programa de intervenção precoce como muitíssimo útil. Relativamente ao programa de IP os inquiridos classificaram-no como muito útil (27.3%; n= 15) e muitíssimo útil (54.5%; n= 30).

Em conclusão os pais consideram o apoio que recebem da rede informal (M= 24.42; DP= 9.08), sobretudo do núcleo familiar mais próximo, mais útil do que o apoio formal (M= 17.29; DP= 4.49).

## 6. Resultados da Escala de Avaliação da Satisfação das Famílias em Intervenção Precoce

A um nível geral, podemos afirmar que as famílias apoiadas pela IPI na NUT III Norte Ave se encontram, no global, satisfeitas com o serviço que lhes é prestado pelos técnicos de IPI. O índice global de satisfação das famílias (IGSF) apoiadas é de 1.13, o que significa que está ligeiramente acima do valor 1 (as respostas variam entre ‘-2’ e ‘2’), correspondente ao nível de satisfação “Bom”.

No entanto, os oito domínios que a ESFIP permite avaliar individualmente, revelam níveis de satisfação mais elevados nuns e menos noutros, sendo que os níveis médios alcançados em cada um dos domínios são sempre satisfatórios.

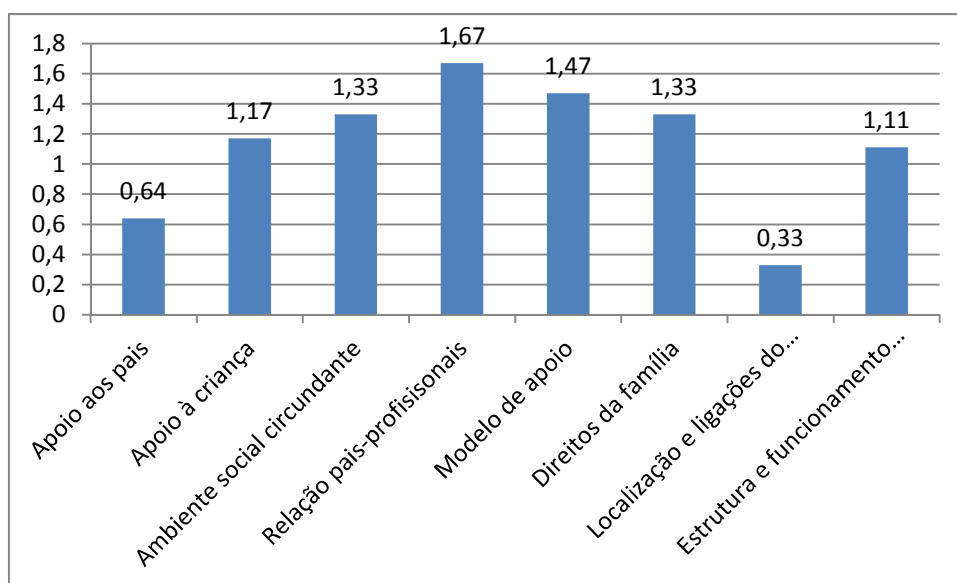


Figura 9. Níveis de satisfação distribuídos pelos diferentes domínios.

O domínio em que os pais apresentaram menores níveis de satisfação foi na Localização e ligações do Serviço (G), seguido do Apoio aos Pais (A), sendo que os maiores níveis de satisfação se encontram na Relação Pais/Profissionais (D).

Comparando o índice global de satisfação das famílias apoiadas (N= 55) na NUT III Norte Ave com o mesmo índice obtido em 32 serviços de sete países europeus (Alemanha, Bélgica, Holanda, Luxemburgo, Inglaterra, Suíça e Portugal<sup>61</sup>) e do Canadá, verifica-se que o IGSF se encontra acima da média que é de 1.05 (Lanners & Mombaerts, 2000, p. 67).

Esta análise procurou, assim, dar uma imagem global do serviço disponibilizado pelos programas de IPI que participaram nesta investigação, comparando-o com outros serviços de IPI, como também com as médias apuradas para outros países (Cruz et al., 2003; Lanners & Mombaerts, 2000). Esta é, no entanto, uma análise muito reducionista uma vez que a nossa amostra é muito pequena e não teve em conta as características de cada um dos serviços envolvidos nem a situação da própria IPI dentro de cada país, fatores essenciais em qualquer análise, quer seja de natureza comparativa ou não, bem como identificou Bailey (2001, cit. in Cruz, et al., 2003).

## 8. Resultados da Escala de Práticas Centradas na Família

No Quadro 99 podemos ver os resultados relativos aos totais das subescalas da EPCF. É na componente relacional, que no Quadro designamos de Atmosfera e comunicação, que foi obtida a média mais alta (M= 46.40; DP= 4.01), enquanto que na componente participativa, que designamos de Exigência e Participação, foi obtida a média de 31.46 (DP= 4.19).

Quadro 99. *Mínimos, Máximos, Médias (M) e Desvios Padrão (DP) para os Totais das Subescalas da EPCF*

Total Subescalas EPCF	Mínimo	Máximo	M	DP	Consistência interna ( $\alpha$ de Cronbach)
EPCF Atmosfera e comunicação	37.00	50.00	46.40	4.01	0.831
EPCF Exigência e participação	16.00	35.00	31.46	4.19	0.850

<sup>61</sup> O IGSF das famílias apoiadas pelo PIIP de Coimbra (Cruz et al., 2003), como já referimos anteriormente, cifrou-se nos 1.01.

No seu conjunto, constatou-se que as práticas destes profissionais correspondem às principais características da componente relacional das práticas de ajuda centradas na família, mas têm lacunas no que diz respeito à componente participativa dessas mesmas práticas, tais como elas são entendidas dentro do modelo de intervenção precoce de terceira geração, baseada na evidência (Dunst, 2000b, 2005a,b).

### 9. Resultados da Checklist de Práticas Centradas na Família

No Quadro 100 podemos ver os resultados relativos aos totais das subescalas da CPCF. Nesta análise é muito importante ter em consideração que as médias mais baixas correspondem às práticas mais frequentes. Tendo em conta isso mesmo, é também na componente relacional que se situam as práticas mais frequentes ( $M= 7.94$ ;  $DP= 1.39$ ), enquanto que na componente participativa se situam as práticas menos frequentes, foi obtida a média de ( $M= 13.13$ ;  $DP= 2.58$ ).

Dentro das práticas de ajuda relacionais, os profissionais apresentam práticas mais frequentes ao nível das aptidões interpessoais com as famílias ( $M= 3.19$ ;  $DP= .54$ ) do que reativamente às atitudes e crenças do primeiro em relação às aptidões e capacidade da família para se tornarem mais competentes ( $M= 4.75$ ;  $DP= 1.12$ ). No que respeita às práticas de ajuda participativas, os resultados mostram que profissionais apresentam os mesmos resultados nas duas subescalas que se referem a comportamentos que promovem a ação e a escolha familiares ( $M= 6.56$ ;  $DP=1.71$ ), bem como as práticas flexíveis e responsivas aos interesses e prioridades da família ( $M= 6.56$ ;  $DP= 1.36$ ).

Quadro 100. *Mínimos, Máximos, Médias (M) e Desvios Padrão (DP) para os Totais das Subescalas da CPCF*

Total Subescalas CPCF	Mínimo	Máximo	M	DP	Consistência interna ( $\alpha$ de Cronbach)
CPCF Práticas Relacionais (PR)	7.00	11.00	7.94	1.39	0.675
PR Aptidões interpessoais	3.00	5.00	3.19	.54	0.592
PR Comportamentos e competências	4.00	8.00	4.75	1.12	0.667
CPCF Práticas Participativa (PP)	10.00	19.00	13.13	2.58	0.670
PP Escolha da família	5.00	10.00	6.56	1.71	0.590
PP Resposta do profissional	5.00	10.00	6.56	1.36	0.515

Os resultados da avaliação dos pais encontram-se em sintonia com a auto-avaliação realizada pelos profissionais na CPCF.

## 10. Resultados para as hipóteses

**Hipótese 1: Encarregados de educação com graus mais elevados de formação apresentam níveis mais altos de satisfação.**

Em primeiro lugar foram agregados os níveis de escolaridade em três grupos: Até 6º ano, até 12º ano e mais de 12º ano.

Uma vez que para todas as subescalas das ESFIP foi sempre encontrado pelo menos uma sub-amostra com  $p < 0.05$  no teste de Shapiro-Wilks foram utilizados estudos não paramétricos.

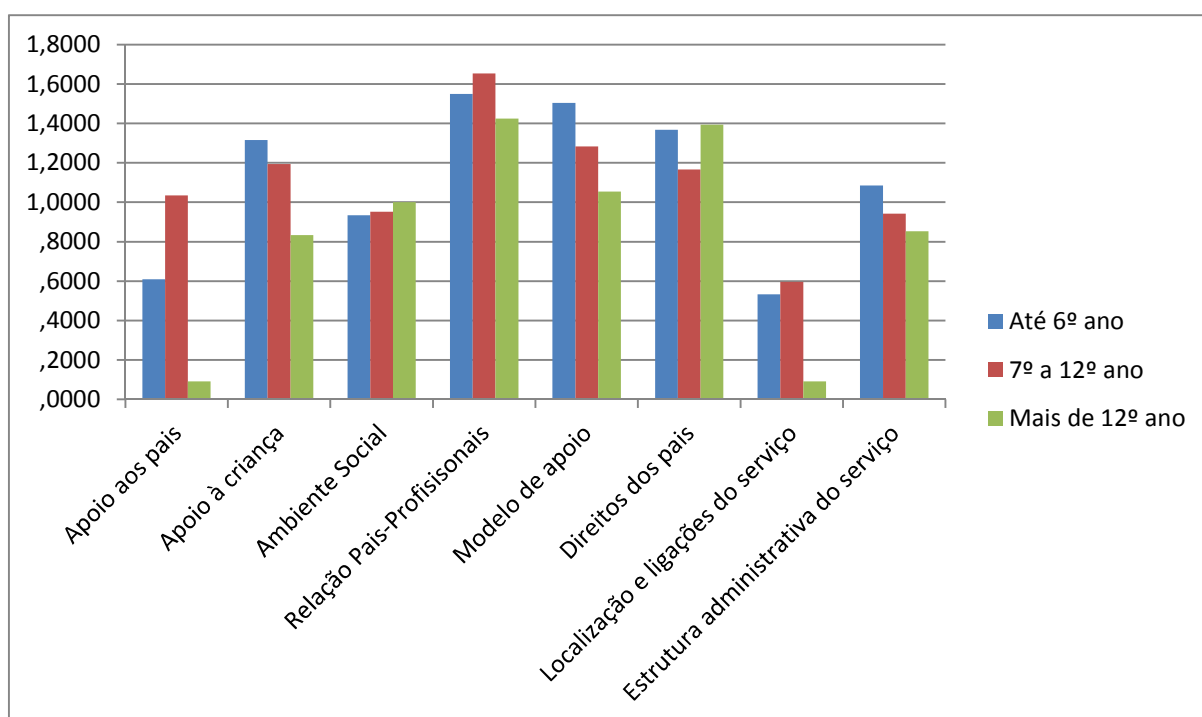


Figura 10. Médias de níveis de satisfação dos pais por nível de escolaridade

Testes de Mann-Whitney mostraram existência de diferenças significativas em Apoio aos pais (M-W= 14.11,  $p < .001$ ), Apoio à criança (M-W= 4.84,  $p < .10$ ) e Modelo de apoio (M-W= 4.84,  $p < .10$ ). Foi utilizada a proposta de Tabachnick e Fidell (1996), que permitem a rejeição de  $H_0$  quando  $p < 0.10$  em amostras de pequena dimensão.

Os pais com mais formação são os que se encontram menos satisfeitos com o Apoio aos Pais, Apoio à Criança e Modelo de Apoio.

### **Hipótese 2: Existe maior grau de satisfação nas famílias com mais frequência de apoio**

Uma vez que o número de elementos envolvidos nesta análise corresponde ao total de participantes da amostra (n= 55) não houve necessidade de recorrer a testes de verificação de normalidade (pressuposto de Kazmier, 1982).

Quando foi analisado o conjunto total de participantes não foram encontradas quaisquer correlações significativas. As correlações entre estas duas medidas quando separadas por habilitações literárias mostraram que para as pessoas com formação até 6º ano a satisfação com o apoio à criança estava negativamente correlacionado com o tempo de apoio,  $r = - 0.458$ ,  $p < 0.05$ .

### **Hipótese 3: Reuniões com técnicos estão relacionadas com a componente participativa e relacional das práticas de ajuda centrada na família (EPCF)**

Uma vez que para as duas subescalas da EPCF foi sempre encontrado pelo menos uma sub-amostra com  $p < 0.05$  no teste de Shapiro-Wilks foram utilizados estudos não paramétricos.

Quadro 101: *Frequências absolutas (n), Média das Hierarquias e Estatística de Kruskal-Wallis para as diferenças entre Periodicidade de Reuniões para EPCF Atmosfera e Comunicação e EPCF Exigência e Participação*

	Periodicidade das reuniões periódicas REC	N	Média das Hierarquias	K-W
EPCF Atm Com	Sem Reuniões	13	21.73	1.90
	Reuniões Trimestrais	32	28.48	
	Reuniões Semestrais	7	26.29	
EPCF Exigência	Sem Reuniões	14	23.57	1.40
	Reuniões Trimestrais	32	26.73	
	Reuniões Semestrais	6	32.08	

De acordo com o Quadro 101 não foram encontradas diferenças significativas para EPCF Atmosfera e Comunicação e EPCF Exigência e Participação no que toca à periodicidade de reuniões (K-W= 1.90 e K-W= 1.40, respetivamente).

### **Hipótese 6 – O apoio prestado às crianças e famílias em IPI na NUT III Norte Ave é centrado na comunidade**

Uma vez que o número de elementos envolvidos nesta análise corresponde ao total de participantes da amostra (n=55) não houve necessidade de recorrer a testes de verificação de normalidade (pressuposto de Kazmier, 1982).

Foram calculadas as médias para apoio formal e informal dividindo cada um pelo número de itens para que fossem comparáveis.

Quadro 102. *Médias, Desvios Padrão (DP) e Teste T para a comparação entre apoios da rede formal e informal*

Tipo de apoio	M	DP	Teste T (54 gl)
Rede Informal	8,14	3,03	-1.148
Rede Formal	8,65	2,24	

O Quadro 102 mostra que apesar de existir maior resultado nos apoios formais não existem evidências estatísticas para estabelecer diferenças entre apoio formal e informal ( $t_{(54)} = -1.148$ ).

### **Hipótese 8: As práticas centradas na família diferem consoante o local de apoio.**

Uma vez que para todas as subescalas da EPCF foi sempre encontrado pelo menos uma sub-amostra com  $p < 0.05$  no teste de Shapiro-Wilks foram utilizados estudos não paramétricos.

De acordo com o Quadro 103 não foram encontradas diferenças significativas de EPCF Atmosfera e Comunicação e EPCF Exigência e Participação quando comparadas por Local de intervenção REC reuniões (K-W= 1.72 e K-W= 2.60, respetivamente).

Quadro 103: *Frequências absolutas (n), Média das Hierarquias e Estatística de Kruskal-Wallis para as diferenças entre Local de intervenção REC para EPCF Atmosfera e Comunicação e EPCF Exigência e Participação*

	Local de intervenção REC	n	Média das Hierarquias	K-W
EPCF Atmosfera e Comunicação	Ambientes Naturais	18	23,14	1.72
	Sede do CIP	8	25,69	
	Misto	26	29,08	
EPCF Exigência e Participação	Ambientes Naturais	17	23,12	2.60
	Sede do CIP	8	22,88	
	Misto	27	29,70	

De acordo com o Quadro 103 não foram encontradas diferenças significativas de EPCF Atmosfera e Comunicação e EPCF Exigência e Participação quando comparadas por Local de intervenção REC reuniões (K-W= 1.72 e K-W= 2.60, respetivamente).

**Hipótese 4: Existe uma relação positiva entre apoio social formal e informal e satisfação.**

**Hipótese 5: O apoio informal conduz a uma maior satisfação quando comparado com o apoio formal.**

**Hipótese 7: A satisfação é influenciada pela quantidade de apoios formais/informais e as práticas centradas na família.**

Juntamos aqui por motivo de organização e pelas múltiplas ligações os resultados para as Hipóteses 4, 5 e 7.

De acordo com o Quadro 104<sup>62</sup> (cf. Anexo 13) foram encontradas correlações significativas positivas entre grande parte das medidas da ESFIP. A correlação mais elevada foi encontrada entre as medidas Apoio à criança e Modelo de apoio ( $r = .756$ ,  $p < .001$ ). No que toca a correlações com outras medidas encontraram-se correlações negativas de Apoio aos pais e Apoio à criança com EAAS Quantidade ( $r = -.282$ ,  $p < .05$  e  $r = -.373$ ,  $p < .01$ , respetivamente); encontraram-se correlações positivas na FSS Individual Familiar com Relação pais profissionais ( $r = .338$ ,  $p < .05$ ) e com Estrutura e administração de serviço ( $r = .307$ ,  $p < .05$ ); no Apoio aos pais com FSS Formal

<sup>62</sup> As dimensões deste Quadro obrigam a apresentá-lo em anexo.



Profissional ( $r = .306$ ,  $p < .05$ ); Relação pais-profissionais e Estrutura e administração de serviço com Rede Informal ( $r = .311$ ,  $p < .05$  e  $r = .274$ ,  $p < .05$ , respectivamente) e ainda entre todas as medidas da ESFIP com EPCF Práticas Relacionais (PR) e EPCF Práticas Participativas (PP), com exceção de Ambiente Social em ambas e Localização de ligações de serviço em EPCF Práticas Relacionais. No que toca às correlações entre as subescalas da EAAS foram encontradas correlações positivas entre grande parte das suas medidas correspondendo os resultados mais salientes às relações entre EAAS Utilidade e EAAS Informal Familiar ( $r = .776$ ,  $p < .001$ ), Rede Informal com EAAS Utilidade ( $r = .911$ ,  $p < .001$ ), Rede Informal com EAAS Informal Familiar ( $r = .827$ ,  $p < .001$ ) e Rede Informal com EAAS Formação profissional e EAAS Formal serviços ( $r = .841$ ,  $p < .001$ ,  $r = .881$ ,  $p < .001$ , respectivamente). Finalmente foi encontrada correlação positiva entre as medidas da EPCF ( $r = .861$ ,  $p < .001$ )

#### **Hipótese 9: O apoio prestado às crianças é centrado na família (EPCF)**

Uma vez que o número de elementos envolvidos nesta análise corresponde ao total de participantes da amostra ( $n = 55$ ) não houve necessidade de recorrer a testes de verificação de normalidade (pressuposto de Kazmier, 1982). Não foram encontrados na literatura valores normativos (Média e Desvio Padrão) que permitissem comparar os resultados desta investigação com os referidos valores normativos.

#### **Hipótese 10: Os encarregados de educação de crianças com dificuldades múltiplas (risco estabelecido) têm menos apoios informais**

Em primeiro lugar foi realizado um teste de Shapiro Wilks com vista à verificação da normalidade das variáveis de Apoio social consideradas quando foram estratificadas por Tipo de dificuldade: Atraso Global do Desenvolvimento, Dificuldades na linguagem e Dificuldades múltiplas.

Para as dimensões Utilidade, Informal Familiar, Formal Profissional, Formal Serviços, Total Rede informal e Total Rede formal foi encontrado  $p > 0.05$  indiciando aproximação à normalidade. Para as dimensões Informal Não familiar Grupo;  $p < 0.05$  para todas as categorias, FSS Informal Não familiar Individual e Quantidade;  $p < 0.05$  para a categoria Dificuldades Múltiplas em ambas, não foi encontrada aproximação à normalidade para todas as categorias.

Foi conduzido um Teste Paramétrico ANOVA para as variáveis que apresentaram distribuição normal, cujos resultados se encontram sumariados no Quadro 105.

Quadro 105. *Número de Indivíduos por categoria (n) Médias (M), Desvios Padrão DP), Teste F e Kruskal Wallis para a Comparação das Dimensões FSS por Categoria de Dificuldade*

Dimensão FSS	Dificuldade	n	M	DP	F <sub>(53,2)</sub>	K-W
FSS Quantidade	Atraso Global do Desenvolvimento	14	13.64	3.37	3.99	
	Dificuldades na linguagem	9	14.56	2.70		
	Dificuldades múltiplas	31	15.65	2.44		
FSS Utilidade	Atraso Global do Desenvolvimento	14	40.14	13.35	1.72	
	Dificuldades na linguagem	9	38.00	7.79		
	Dificuldades múltiplas	31	44.74	10.60		
Média FSS Informal Familiar	Atraso Global do Desenvolvimento	14	2.39	1.31	0.42	
	Dificuldades na linguagem	9	2.31	1.01		
	Dificuldades múltiplas	31	2.61	0.85		
Média FSS Informal Não Familiar Individual	Atraso Global do Desenvolvimento	14	1.49	0.76	5.03	
	Dificuldades na linguagem	9	0.98	0.46		
	Dificuldades múltiplas	31	1.72	1.01		
Média FSS Informal Não Familiar Grupo	Atraso Global do Desenvolvimento	14	0.43	0.67	2.90	
	Dificuldades na linguagem	9	0.52	0.47		
	Dificuldades múltiplas	31	0.68	0.57		
Média FSS Formal Profissional	Atraso Global do Desenvolvimento	14	3.11	1.24	0.43	
	Dificuldades na linguagem	9	2.94	1.69		
	Dificuldades múltiplas	31	3.34	1.06		
Média FSS Formal Serviços	Atraso Global do Desenvolvimento	14	3.38	0.85	1.08	
	Dificuldades na linguagem	9	3.93	1.05		
	Dificuldades múltiplas	31	3.68	0.87		
Média Total Rede Informal	Atraso Global do Desenvolvimento	14	7.69	3.38	1.77	
	Dificuldades na linguagem	9	6.78	2.42		
	Dificuldades múltiplas	31	8.77	2.98		
Média Total Rede Formal	Atraso Global do Desenvolvimento	14	8.18	2.17	0.45	
	Dificuldades na linguagem	9	8.83	3.17		
	Dificuldades múltiplas	31	8.85	2.02		

De acordo com o Quadro 105 não foram encontradas diferenças significativas entre quaisquer categorias de dificuldades da criança nas dimensões da FSS.

### **Hipótese 11: Os encarregados de educação de crianças com dificuldades múltiplas (risco estabelecido) estão mais insatisfeitos com o apoio?**

Em primeiro lugar foi realizado um teste de Shapiro Wilks com vista à verificação da normalidade das variáveis de Satisfação com o apoio consideradas quando foram

estratificadas por Tipo de dificuldade: Atraso Global do Desenvolvimento, Dificuldades na linguagem e Dificuldades múltiplas.

As variáveis Apoio aos pais, localização e ligações de serviço e estrutura e administração do serviço obtiveram valores de Shapiro-Wilks de  $p > 0.05$  para todas as categorias de dificuldade, evidenciando aproximação à curva normal em todas estas dimensões. As variáveis apoio à criança,  $p < 0.05$  em Dificuldades múltiplas e AGD, Ambiente social, ,  $p < 0.05$  em Dificuldades múltiplas e AGD, Relação pais Profissionais,  $p < 0.05$  em Dificuldades múltiplas, Modelo de apoio,  $p < 0.05$  em Dificuldades múltiplas e Direitos dos pais, em todas as categorias.

Quadro 106. *Número de Indivíduos por categoria (n), Médias (M), Desvios Padrão (DP), Teste F e Kruskal Wallis para a comparação das dimensões ESFIP por categoria de dificuldade*

<b>Dimensão ESFIP</b>	<b>Dificuldade</b>	<b>n</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>F<sub>(53,2)</sub></b>	<b>K-W</b>
Apoio aos pais	Atraso Global do Desenvolvimento	14.00	1.05	0.65	2.74	
	Dificuldades na linguagem	9.00	0.63	0.52		
	Dificuldades múltiplas	31.00	0.52	0.76		
Apoio à criança	Atraso Global do Desenvolvimento	14.00	1.46	0.39	4.67	
	Dificuldades na linguagem	9.00	1.16	0.26		
	Dificuldades múltiplas	31.00	1.01	0.73		
Ambiente Social	Atraso Global do Desenvolvimento	14.00	1.14	1.20	0.80	
	Dificuldades na linguagem	9.00	0.57	1.39		
	Dificuldades múltiplas	31.00	0.95	1.22		
Relação pais profissionais	Atraso Global do Desenvolvimento	14.00	1.74	0.26	4.18	
	Dificuldades na linguagem	9.00	1.39	0.40		
	Dificuldades múltiplas	31.00	1.55	0.47		
Modelo de apoio	Atraso Global do Desenvolvimento	14.00	1.42	0.33	0.83	
	Dificuldades na linguagem	9.00	1.27	0.37		
	Dificuldades múltiplas	31.00	1.28	0.54		
Direitos dos pais	Atraso Global do Desenvolvimento	14.00	1.45	0.67	1.07	
	Dificuldades na linguagem	9.00	1.07	1.02		
	Dificuldades múltiplas	31.00	1.25	0.75		
Localização de ligações de serviço	Atraso Global do Desenvolvimento	14.00	0.90	0.67	3.48*	
	Dificuldades na linguagem	9.00	0.44	0.80		
	Dificuldades múltiplas	31.00	0.28	0.75		
Estrutura e Administração do serviço	Atraso Global do Desenvolvimento	14.00	1.25	0.48	2.78	
	Dificuldades na linguagem	9.00	1.07	0.50		
	Dificuldades múltiplas	31.00	0.79	0.69		

O Teste ANOVA mostrou que foram encontradas diferenças significativas na dimensão Localização de ligações de serviço.

Comparações múltiplas mostraram que as diferenças encontradas na dimensão Satisfação com a Localização de ligações de serviço. Nesta dimensão foram significativas entre pais com AGD (M= 0.90; DP= 0.67) e Dificuldades Múltiplas (M=0.28, DP= 0.75). No teste Kruskal-Wallis não foram encontradas diferenças significativas (cf. Quadro 106).

**Hipótese 12: As variáveis relativas à criança (idade, idade de início do apoio) vão influenciar a satisfação com os serviços.**

Uma vez que o número de elementos envolvidos nesta análise corresponde ao total de participantes da amostra (n=55) não houve necessidade de recorrer a testes de verificação de normalidade (pressuposto de Kazmier, 1982).

Sendo assim foram calculadas correlações de Pearson para idade, idade de início de apoio e periodicidade de apoio (semanal até esporádico).

Quadro 107. *Correlações de Pearson entre as Medidas da ESFIP e Idade Atual e no Início do Apoio da Criança e Periodicidade de Apoio Domiciliário.*

<b>Correlações Pearson</b>	Idade atual da Criança	Idade no início do apoio
Apoio aos pais	-.099	.012
Apoio à criança	-.023	.082
Ambiente social	-.060	-.045
Relação pais profissionais	-.132	.106
Modelo de apoio	-.022	-.005
Direitos dos pais	-.272*	-.011
Localização de ligações de serviços	-.048	-.165
Estrutura e administração do serviço	-.165	-.034

O Quadro 107 mostra a existência de uma correlação significativa positiva entre Direitos dos pais e Idade atual da criança ( $r = .272$ ,  $p < .05$ ), i.e. quando a idade da criança avança a variável Direitos dos pais tende a subir e vice-versa.

**Hipótese 13: As PCF e a satisfação variam em função do local onde é realizado o apoio ou do número de serviços que beneficiam.**

Em primeiro lugar foram calculadas correlações de Spearman com vista ao estabelecimento de relações entre o número de serviços dos quais beneficiam os clientes (variável de amplitude reduzida, 1-8) e as variáveis EPCF e CPCF.

Quadro 108. *Correlações de Spearman entre as Medidas da EPCF e CPCF e o Número de Serviços Prestado*

Correlações Spearman	Número de Serviços
EPCF Atmosfera e Comunicação	.281*
EPCF Exigência e Participação	.031
CPCF Relacionais	-.158
CPFC Participativas	-.431 <sup>t</sup>

<sup>t</sup>p<.10;\*p<.05

O Quadro 108 mostra a existência de uma correlação significativa positiva entre EPCF Atmosfera e Comunicação e número de serviços ( $\rho = .281$ ,  $p < .05$ ), bem como correlação negativa entre CPCF Práticas Participativas e número de serviços ( $\rho = -.431$ ,  $p < .10$ ).

De seguida foi realizado um teste de Shapiro Wilks com vista à verificação da normalidade das variáveis de Satisfação com o apoio consideradas quando foram estratificadas por Local de Apoio: Ambientes Naturais, Sede do IP ou Misto.

As variáveis Apoio aos pais e localização e ligações de serviço obtiveram valores de Shapiro-Wilks de  $p > 0.05$  para todas as categorias de dificuldade, evidenciando aproximação à curva normal em todas estas dimensões. As restantes variáveis obtiveram pelo menos um nível com significância ( $p < .05$ ).

Quadro 109. *Número de Indivíduos por categoria (n), Médias (M), Desvios Padrão (DP), Teste F e Kruskal Wallis para a Comparação das Dimensões ESFIP por Local de Apoio*

Dimensão ESFIP	Local de Apoio	N	M	DP	F <sub>(53.2)</sub>	K-W
Apoio aos pais	Ambientes Naturais	19	0.56	0.78	0.529	
	Sede do IP	8	0.82	0.57		
	Misto	28	0.75	0.74		
Apoio à criança	Ambientes Naturais	19	1.10	0.63		1.308
	Sede do IP	8	1.19	0.43		
	Misto	28	1.20	0.68		
Ambiente Social	Ambientes Naturais	19	0.75	1.19		2.375
	Sede do IP	8	1.46	1.02		
	Misto	28	0.95	1.30		
Relação pais profissionais	Ambientes Naturais	19	1.53	0.41		.749
	Sede do IP	8	1.67	0.27		
	Misto	28	1.57	0.47		
Modelo de apoio	Ambientes Naturais	19	1.24	0.52		1.427
	Sede do IP	8	1.35	0.24		
	Misto	28	1.36	0.47		
Direitos dos pais	Ambientes Naturais	19	1.16	0.78		2.273
	Sede do IP	8	1.58	0.64		
	Misto	28	1.29	0.81		
Localização de ligações de serviço	Ambientes Naturais	19	0.39	0.72	0.763	
	Sede do IP	8	0.42	0.66		
	Misto	28	0.55	0.83		
Estrutura e Administração do serviço	Ambientes Naturais	19	0.78	0.67		2.662
	Sede do IP	8	1.16	0.60		
	Misto	28	1.06	0.63		

Por fim foram calculadas as correlações entre as medidas da ESFIP e o número de serviços prestados.

Quadro 110. *Correlações de Spearman entre as medidas da ESFIP e o Número de Serviços Prestados*

ESFIP	Correlação de Spearman
Apoio aos pais	.091
Apoio à criança	-.118
Ambiente social	.120
Relação pais profissionais	.087
Modelo de apoio	-.025
Direitos dos pais	-.047
Localização e ligações do serviço	-.075
Estrutura e administração do serviço	.012

De acordo com o Quadro 110 não foram encontradas diferenças significativas para a associação entre as medidas de ESFIP e o número de serviços prestados.

## CAPÍTULO IX

### ***DISCUSSÃO DOS RESULTADOS, CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES***

*“Começamos com a suposição de que cada dia, cada hora de cada dia, é muito importante para uma criança, e de que mesmo quando se negligência uma hora ou se deixa passar sem motivo ou esforço, o ensino e a aprendizagem continuam, mas quem perde é a criança.”*

(Hobbs, 1967, Am. Psych., p. 1109)

No final da primeira década do século XXI, o campo da intervenção precoce na infância, continua a desenvolver-se inspirado numa teoria e prática unificada que integra os melhores resultados da investigação disponíveis com a sabedoria e valores da família e dos profissionais. O papel da interação pessoa-meio no desenvolvimento e no funcionamento do indivíduo é hoje um dado irrefutável, abrindo espaço a uma teoria unificada do desenvolvimento (Sameroff, 2010). A ciência do desenvolvimento, como refere Sameroff (2010), só pode ser pensada enquanto conjunto de ciências, englobando a psicologia, as neurociências, estudos sociais e ecológicos numa abordagem holística, sistémica e multidisciplinar (dos neurónios à comunidade, na linha do pensamento de Shonkoff e Phillips, 2000).

A reflexão feita a partir de doze anos de trabalho desenvolvido com crianças com NE e suas famílias leva-nos a considerar a ecologia uma metáfora fundamental na IPI já que integra tanto a estrutura de um paradigma científico como uma série de valores e estratégias específicas. Estes conceitos sistémicos do desenvolvimento parecem-nos fundamentais para a IPI, já que realçam a importância de não nos centrarmos exclusivamente na criança, mas também examiná-la no seu contexto familiar e ambiental.

Quando, hoje, falamos em Intervenção Precoce referimo-nos a um conjunto de serviços, apoios e recursos prestados nos diferentes contextos de vida das crianças dos 0 aos 6 anos com atrasos, perturbações ou em risco grave de atraso de desenvolvimento e



às suas famílias. O objetivo principal deve ser o de apoiar as famílias a fortalecer o desenvolvimento dos seus filhos.

Os trabalhos de Dunst (2000b, 2005a,b), Guralnick (2001, 2005b, 2011) e McWilliam (2010) apresentam-nos três modelos conceituais que atualmente norteiam as práticas de intervenção precoce na infância numa perspetiva centrada na família e na comunidade. Uma abordagem centrada na família para a intervenção precoce demonstra-se por meio de crenças e práticas que tratam as famílias com dignidade e respeito, e asseguram o envolvimento ativo dos membros familiares na mobilização de recursos e apoios necessários para que estes possam cuidar e criar as suas crianças de forma a obterem ótimos benefícios para a criança, pais e família (Dunst, Trivette, & Hamby, 2010).

Com este trabalho de investigação pretendíamos saber até que ponto os serviços de intervenção precoce prestados às crianças e famílias na NUT III Norte Ave estavam em sintonia com os modelos conceituais acima referidos e asseguravam uma prestação de serviços de acordo com as práticas atualmente recomendadas.

Através do Guião de Entrevista/Questionário aos Pais foram encontrados resultados importantes para as seis componentes da intervenção precoce medidas: sinalização e primeiros encontros, processo de avaliação, partilha de informação com os pais, processo de intervenção e envolvimento e coordenação de serviços, sigilo sobre a informação e satisfação dos pais.

Na primeira componente, os resultados revelam que são os serviços de saúde (54.5%; n= 30) e educação (23.6%; n= 30) os maiores responsáveis pela sinalização das crianças e família para a IPI. A média de idades no início de apoio também parece encontrar-se num nível razoável (M=16.40). Relativamente ao primeiro contacto, 74% esperou menos de um mês entre a sinalização e o início de apoio. No entanto, nos primeiros contactos, os profissionais dos PIP/ELI partilharam informação com os pais ao informarem o que faziam que a IPI era tanto centrada na criança (47.3%; n= 26) como na criança-família (47.3%; n= 26). Ainda na mesma área a família é pouco auscultada (56.4%; n= 31) acerca do local de apoio.

No componente processo de avaliação, os aspetos mais positivos referem-se à presença da família na avaliação em 92.7% ( n= 51) e à diversidade de disciplinas (18 categorias encontradas; 63.6%; n=25) que estão presentes na avaliação dois ou mais técnicos. Contudo ainda se encontra um técnico a avaliar sozinho em 36.4% dos casos. O aspeto mais preocupante relaciona-se com a avaliação fora do contexto natural, na

sede dos ELI/PIP em 58.2% (n= 32), na casa e creche ou JI (23.6%; n= 13) e na variante mista sede da ELI/PIP e casa ou estabelecimento de educação pré-escolar (14.5%; n= 8).

Na componente partilha de informação um dos aspetos mais importantes é que nenhum pai refere não ter tido qualquer informação após o processo de avaliação: 41.8% (n= 23) recebeu informação oral; 18.2% (n= 10) receberam só relatório escrito e a percentagem dos que receberam informação oral e relatório escrito é de 40% (n= 32). Assim, 58% dos inquiridos refere ter recebido informação através de relatório escrito, no entanto, os que recebem cópia do relatório baixou para os 49% (n=27). Os pais referem receber ao longo do processo mais informação sobre o ritmo de desenvolvimento da criança (74.5%) e menos acerca de competências familiares ou outros aspetos do desenvolvimento da criança (18.2%). A maioria dos pais (74.5%) aponta participar em reuniões formais com profissionais do PIP ou com profissionais do PIP e educadores dos estabelecimentos de educação pré-escolar, com periodicidade trimestral (60%) ou semestral (10.9%).

Na quarta componente os resultados encontrados são: (1) as crianças/famílias recebem três vezes ou mais por semana de apoio em 78.2% (n = 43); (2) o apoio realiza-se nos ambientes naturais em 34.5%, não natural em 14.5% e misto em 50.8% dos casos; (3) 34.5% desconhece os objetivos de trabalho com a criança e 65.5% conhece; (4) os objetivos foram discutidos com família em 69.1% das situações e não foram discutidos com 30.9% dos inquiridos; (5) assinou o PEI e PIIP 65.5% dos pais e não assinou 14.5%; (6) não tem cópia do programa ou não sabe/não responde 60% e tem cópia 40%; (7) no que respeita ao tipo de trabalho realizado, 41.8% revela ter participado em acções de planeamento conjunto de objetivos e 34.5% em acções de aconselhamento educacional/terapêutico; (8) 60% dos casos tem responsável de caso; (9) 14.5% tem atualmente apoio domiciliário, no entanto, já tiveram alguma vez AD 45% dos inquiridos; (10) a existência ou não de AD é decidido maioritariamente pelos profissionais 32.7%; a família decidiu em 21.8% dos casos e a decisão foi conjunta em 16.4%; (11) 83.6% das crianças frequentam creche ou jardim.

Relativamente à dimensão sigilo sobre a informação, 92.7% dos pais sabem que existe um processo com toda a informação, no entanto, apenas 21.8% já consultaram esse processo.

Por fim, na componente satisfação dos pais 72.7% (n= 40) refere que o apoio adapta-se à sua vida familiar e o programa corresponde ao que desejava para si e para o

seu filho para 78.2% dos inquiridos. Estes dados estão em sintonia com os resultados obtidos da Escala de Avaliação da Satisfação das Famílias em IP que apontam para um nível de satisfação bom ( $M= 1.13$ ). No entanto, os pais encontram-se menos satisfeitos com a componente de Apoio aos Pais ( $M= 0.64$ ). Os serviços mais focados na família, com objetivos como o envolvimento no sistema de recursos, o apoio pessoal e familiar e a orientação são, na percepção dos pais, pouco frequentemente prestados.

Os resultados obtidos com a Escala de Avaliação do Apoio Social (EAAS) permitem concluir que os pais consideram o apoio que recebem da rede informal ( $M= 24.42$ ;  $DP= 9.08$ ), sobretudo do núcleo familiar mais próximo, mais útil do que o apoio formal ( $M= 17.29$ ;  $DP= 4.49$ ). A disponibilidade de apoio social ( $M= 14.87$ ;  $DP= 2.85$ ) apresenta uma média baixa apoiando a necessidade dos serviços investirem na criação de redes de apoio informais que envolvam as associações e grupos da comunidade.

Os resultados obtidos com a Escala das Práticas Centradas na Família (famílias) e com a Checklist de Práticas Centradas na família (profissionais) permitem concluir que as famílias percebem receber dos profissionais mais práticas relacionais do que participativas. Estes dados encontram-se em sintonia com os resultados obtidos com a Checklist de Práticas Centradas na família (profissionais) que percebem desenvolver mais práticas da componente relacional do que da participativa. Estas conclusões estão de acordo com os resultados do trabalho Almeida (2009a).

Os resultados da investigação acerca das nossas hipóteses de investigação levam-nos a concluir que existem relações positivas e negativas entre a satisfação, apoio social, práticas relacionais e participativas, quer entre si quer com outras variáveis da investigação, que devem ser tidas em conta ao nível da intervenção. A correlação negativa entre CPCF práticas participativas e número de serviços ( $\rho= -.431$ ,  $p<.10$ ) indica que as práticas participativas descem quando o número de serviços aumentam. A correlação significativa encontrada entre a EPCF práticas relacionais e número de serviços ( $\rho= .281$ ,  $p<.05$ ) bem reforçar o achado anterior. A existência de uma correlação significativa positiva entre direitos dos pais e idade atual da criança ( $r= .272$ ,  $p<.05$ ), isto é, quando a idade da criança avança a variável direitos dos pais tende a subir e vice-versa, pode também significar que o diagnóstico, início do apoio e partilha de informação sobre os direitos sociais das famílias estão a contecer tradiamente. Estes resultados, na mesma linha dos encontrados por Trivette, Dunst e Hamby (2010), apoiam a utilização de práticas de intervenção centradas na família.

No seu conjunto, constatou-se que as práticas destes profissionais correspondem às principais características da componente relacional das práticas de ajuda centradas na família, mas têm lacunas no que diz respeito à componente participativa. Os aspetos identificados como mais problemáticos são: o envolvimento ativo das famílias, a utilização do Plano Individualizado de Intervenção Precoce, a mobilização e fortalecimento das redes de apoio social à família e a constituição de uma rede integrada de serviços e de recursos a funcionar na comunidade.

Os resultados da análise dos Questionários de Caracterização de Programas, respondidos pelos seus coordenadores e dos Questionários respondidas por pais e técnicos, que vem confirmar os que obtivemos com a Escala das Práticas Centradas na Família, permitem-nos concluir que a IPI não é implementada segundo as práticas recomendadas. Os aspetos mais problemáticos enumerados pelos profissionais são a disparidade de procedimentos entre os profissionais de diferentes serviços, a dificuldade de articulação com outros serviços que intervêm na criança e família, a pouca formação disponibilizada e a inexistência de supervisão técnica. Os aspetos mais positivos são o profissionalismo, envolvimento e dinamismo dos profissionais.

A nível da filosofia e orientação teórica dos programas, os coordenadores mencionam princípios de envolvimento da família e relações de parceria pais-profissionais, mas as entrevistas/questionários de pais e técnicos mostram que não há uma adequada e contínua partilha de informação entre os técnicos e pais durante o processo de avaliação/intervenção, não sendo, por isso, possível falar numa relação de parceria tal como é definida por Turnbull, Turbiville e Turnbull (2000).

A nível dos procedimentos de avaliação/intervenção, as práticas recomendadas não estão também a ser implementadas. Todo o processo continua centrado na criança. É ela maioritariamente e não a família, o foco da avaliação e intervenção. Mas a avaliação da criança não obedece também às recomendações: é feita maioritariamente numa perspetiva monodisciplinar ou multidisciplinar, numa perspetiva diagnóstica e não funcional, num único contexto e de forma pontual. A avaliação das características das famílias limita-se à identificação das suas necessidades, predominando, deste modo, uma prática centrada nos serviços. Assim, e embora a grande maioria das situações tenha um PEI, Plano Individual ou PIIP, temos algumas dúvidas relativamente à forma como foram encontrados os seus objetivos e sobre a utilização de um curriculum desenvolvimental tal como prevê a literatura referente às intervenções focadas nas crianças (Wolery, 2000).

Salientamos como aspeto negativo o facto da intervenção ser maioritariamente feita em contextos não naturais, quer ao nível da avaliação quer ao nível da intervenção - há muitas intervenções feitas em centros de apoio e, ainda há prestação de serviços fora do contexto natural da criança. Assim, é ilegítimo interrogarmo-nos sobre a efetiva implementação de práticas desenvolvimentalmente adequadas que estejam de facto inseridas nas atividades e rotinas do dia a dia da criança e família.

A coordenação de serviços e recursos é outra questão ainda mal resolvida entre nós. Uma percentagem significativa dos casos que analisamos tinham vários apoios para além do prestado nessa equipa. Pela análise dos dados que nos foram referidos pelos pais, a articulação entre os vários profissionais implicados no processo é pontual, não havendo uma partilha sistemática de informação nem no momento da avaliação nem durante o planeamento e implementação da intervenção.

Como também vimos anteriormente, o papel do técnico responsável não está entre nós bem definido. Não ficamos nada convencidos dos 60% de responsáveis de caso até porque os pais foram mostrando muitas dúvidas e apontando este papel ao técnico com quem estão mais tempo, com quem têm melhor relação ou que são responsáveis por coordenar o serviço ou outros profissionais, não ficando provado que existe verdadeiramente este papel com as tarefas estabelecidas pela literatura e investigação. Também nenhum dos coordenadores enumerou qualquer das principais tarefas de um responsável de caso.

A preparação dos técnicos é uma das questões que merece particular atenção. O número de profissionais assinalados pelos coordenadores dos programas como tendo formação específica em intervenção precoce representa uma percentagem mínima dos que prestam apoio a essas crianças e famílias. Essa formação é maioritariamente pontual e, salvo em algumas situações, o serviço não assegura qualquer apoio técnico ou formação continuada a estes profissionais e a maioria dos profissionais de apoio não tem formação específica que os habilite para o trabalho em equipa com crianças com necessidades especiais. Este dado da nossa amostra, confirmado pelo levantamento feito no estudo de Bairrão e Almeida (2002) é, provavelmente, a causa das práticas de apoio estarem, entre nós, ainda muito distantes do que são os modelos e práticas recomendadas.

No que se refere à avaliação dos programas, muito embora nalgumas equipas haja alguns estudos de avaliação da satisfação dos pais, a avaliação dos efeitos dos programas de intervenção, quer pela avaliação do impacto junto das crianças e famílias

quer pela avaliação da satisfação parental, não é, nem para os coordenadores dos programas nem para os profissionais entrevistados, uma preocupação importante.

Como pudemos verificar, foram encontradas concordâncias entre as percepções de coordenadores, profissionais e pais, bem como diferenças relativamente às práticas centradas na família nas componentes de intervenção precoce medidas.

Estas conclusões, mostram-nos que a prestação de serviços de intervenção precoce na infância, na NUT III Norte Ave, não está a ser realizada de acordo com os modelos conceituais e práticos referidos por Guralnik (2005b, 2011), Dunst (2000b, 2005a,b) ou McWilliam (2010), continuando a não ter a família como principal foco de intervenção. No entanto, podemos concluir que as práticas, não estando totalmente de acordo com as práticas recomendadas, apresentam algumas tendências positivas, nomeadamente ao nível dos primeiros contactos (resposta rápida), avaliação (participação da família, presença de dois ou mais técnicos, etc.), do trabalho em equipa (reuniões de equipa de caso, avaliações em equipa, etc.), da partilha de informação com os pais (relatórios, reuniões formais, etc.), intervenção (modalidades e periodicidade dos apoios, planeamento dos objetivos com envolvimento da família, intervenção nos contextos naturais, etc.). Assim, concluiu-se que o processo de avaliação/intervenção evidencia alguns aspetos de uma prática centrada na criança e na família, refletindo já algumas preocupações ecológicas.

O tempo atual, de mudanças complexas e profundas no plano conceitual, das estratégias de intervenção e dos modelos de gestão, colocando desafios exigentes aos atores sociais, pode constituir-se como uma oportunidade desafiante e estimulante para o desenvolvimento da intervenção precoce, atualizando e modernizando os seus posicionamentos estratégicos e de gestão – as suas respostas e o modo como prestam os seus serviços e apoios. A gestão da qualidade é, atualmente, um elemento-chave nas organizações, sejam públicas ou privadas. A implementação de sistemas de gestão da qualidade pode permitir à intervenção precoce gerir as suas atividades melhorando a eficiência e a eficácia dos seus processos, garantindo o sucesso a longo prazo e indo ao encontro das expectativas e necessidades das crianças/famílias, profissionais, parceiros e, de um modo geral, de todo o meio envolvente da organização e da sociedade, em geral.

Assim, os serviços de IPI devem assegurar que todas as famílias têm o mesmo acesso a um programa coordenado de serviços e apoios que são construídos na base do respeito e escolha mútua, centrados na família, que encorajam comunidades colaborativas, que reconhecem as melhores correntes práticas e utilizam novas estratégias de ação com

vista à melhoria contínua e ao aperfeiçoamento dos processos e que ocorrem em ambientes naturais. Fornecer serviços dentro das atividades que ocorrem em casa e na comunidade da criança e família oferece oportunidades para a criança aprender e praticar competências novas e participar mais na sua rotina diária.

No contexto social e político que vivemos atualmente, frágil, com poucos recursos, dois enormes objetivos se colocam à IPI: primeiro, a cooperação interinstitucional e a concertação do trabalho com várias entidades, públicas e privadas, estruturas e programas de intervenção que operam na área das crianças, no sentido de racionalização dos recursos e da eficácia das estratégias de cooperação e novas dinâmicas e práticas de trabalho em equipa, disponibilizando recursos e determinando uma lógica de actuação integrada; segundo, a formação dos coordenadores e profissionais através da formação em serviço e da formação graduada em colaboração com as universidades e criação de sistemas de apoio, supervisão e avaliação com o intuito de institucionalizar as práticas baseadas em valores e na evidência (Dunst & Trivette, 2009a). Perante os desafios resultantes de um mundo em constante transformação é necessário equacionar o papel dos profissionais de IPI e a sua formação, devido ao envolvimento tecnológico que atua em diversas dimensões da vida da criança. É relevante encontrar novas formas de aprender, de comunicar e de abrir caminhos, que resultem em experiências significativas para os profissionais e para as crianças.

É fundamental criar uma rede alargada e homogénea de serviços e apoios cobrindo uma ampla região geográfica, com uma estrutura coordenada e abrangente e modelos de trabalho e intervenção articulados, visando o apoio às crianças NE e às suas famílias. Relativamente a estas últimas, é fundamental promover o empowerment e acessibilidade das famílias a processos de participação comunitária e de decisão, influenciando as políticas públicas a nível local e regional.

Nesta última parte do nosso trabalho parece-nos importante salientar as suas principais limitações. O número de inquiridos nesta investigação poderá ser pequeno para se fazerem generalizações. Além disso, não tendo feito a avaliação direta das práticas está dependente das representações que os entrevistados e inquiridos têm sobre a sua prática ou a dos outros profissionais. Ainda a nível da recolha de dados, consideramos que o facto de não termos feito o preenchimento do Questionário de Caracterização dos Programas e o Questionário para Profissionais por entrevista aos coordenadores e profissionais é uma limitação deste estudo, a que se deve o facto de não termos recebido todos os questionários enviados. Mais ainda, no caso das crianças, não

foi avaliado o seu efetivo desenvolvimento ou os ganhos obtidos no período de apoio pelas equipas. No caso das famílias e profissionais, não foi avaliado o papel de cada um nas sessões ou visitas domiciliárias nem explorado o conteúdo dos planos individuais de intervenção precoce, a participação das famílias na sua elaboração e o grau em que refletem as necessidades da criança e da família são outro aspeto que merece ser cuidadosamente investigado.

Todos esses aspetos poderão ser objeto de estudos posteriores, os quais conjugados com outros que se debruçam sobre as práticas e a qualidade dos serviços, poderão permitir ir afinando as práticas e retirar o máximo de resultados de uma rede integrada de serviços e profissionais, aumentando os ganhos das crianças e famílias e promovendo o seu máximo desenvolvimento e inclusão social. Outro aspeto que consideramos de importância prioritária em futuras investigações é a adaptação a amostras da população portuguesa dos instrumentos de avaliação utilizados, sem o que a validade dos resultados encontrados pode ser sistematicamente questionada.

Apesar das limitações que acabamos de referir, e de outras que possam não nos ter ocorrido, pensamos que a realização deste estudo foi claramente positivo, destacando já os dois aspetos que consideramos mais relevantes. A recolha de dados que realizámos foi uma oportunidade inigualável de aprendizagem e enriquecimento pessoal e profissional e um enorme investimento. O contacto direto com os pais, os profissionais e os coordenadores que participaram no estudo permitiu-nos conhecer as práticas de intervenção precoce na NUT III Norte Ave, mas também compreender as dificuldades com que os profissionais se debatem e as necessidades para os quais não encontram respostas.

A utilização dos dados de investigação, nomeadamente os referentes à avaliação da qualidade dos programas, pode ser uma estratégia eficaz para a formação em serviço dos profissionais e contribuirá certamente para a melhoria das práticas. As comunidades de prática também podem ser um enorme contributo para o processo de expandir a utilização de práticas baseadas na evidência e partilha de objetivos comuns, ou apenas para deixar testemunho das diferentes experiências de vida, o que pode resultar em aprendizagens muito significativas para todos os que participam.

Não nos podemos esquecer, como diz o velho provérbio africano - é preciso uma aldeia para educar uma criança. A criança pode desenvolver-se sozinha se a sociedade se interessar suficientemente de apoiar a família. Uma família sozinha, um profissional de saúde sozinho, um terapeuta sozinho, um assistente social sozinho é diferente de



alcançar o sucesso, que pode ser possível, com o envolvimento e coordenação da comunidade (Blackman, 2002). Estes dois elementos – família e comunidade – são a chave do sucesso da intervenção precoce na infância.

Com todo o conhecimento científico e arsenal técnico e científico de que hoje dispomos neste século XXI, cumpre-nos garantir estes desafios e cumprir a missão da IPI: “*A Intervenção Precoce edifica-se e providencia apoio e recursos para ajudar os membros da família e cuidadores a melhorar o desenvolvimento e aprendizagem das crianças ao longo das oportunidades de aprendizagem diárias*” (WPPNE, 2007a).

O objetivo que definimos será tão mais atingido quanto este trabalho contribuir para uma crescente compreensão pelos profissionais de IPI das condições que fazem com que as práticas recomendadas baseadas na evidência sejam uma realidade.

Hölderlin (1999), um dos grandes vultos da poesia romântica dizia: “*O homem é um deus quando sonha e um mendigo quando pensa*”. Para a Razão Romântica o homem é simultaneamente um deus e um mendigo, Finito e Infinito, sonho e realidade, razão e emoção. A Razão Romântica é a Razão da Díade. Mãe e criança encaram o real mas não abdicam de sonhar; são simultaneamente racionais e irracionais; reconhecem simultaneamente as suas limitações e a sua infinitude e fazem dessas limitações um caminho para a transcendência, para o símbolo, para o desenvolvimento.

Nós, profissionais, não passamos muitas vezes de simples mendigos agarrados à lógica cartesiana e às capelas científicas, bem armados de técnicas, de estratégias, de planeamentos, de objetivos claramente definidos, de currículos mais ou menos estruturados, onde a verdade de cada um é menos contestada. Sem negar a nossa condição de mendigos não recusemos também a intuição, o sonho, a poesia, o Infinito, a crítica. Sejamos, como Hölderlin, deuses que sonham, dando à criança e à família a possibilidade de também sonhar, de também ser um deus, de voar para o mundo das representações, do imaginário, do símbolo; e partilhemos com ela esses mundos, esses sonhos, esses símbolos, pois sonhar também é viver.

O futuro da Intervenção Precoce na Infância pertence aqueles que acreditam mas que não desistem dos seus sonhos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, I. C. (2002). Intervenção precoce: Breve reflexão sobre a realidade atual. *Revista GEDEI*, 5, 130-143.
- Almeida, I. C. (2009a). Estudos sobre a intervenção precoce em Portugal. Ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias. *Coleção Informar*, 3 (Vol. I, II). Lisboa: Instituto Nacional da Reabilitação.
- Almeida, I. C. (2009b). A intervenção precoce como exemplo paradigmático de uma actualização e questionamento constantes. In G. Portugal (Org.). *Ideias, projectos e inovação no mundo da infância: o percurso e a presença de Joaquim Bairrão* (pp. 29-42). Universidade de Aveiro: theoria poiesis praxis.
- American Speech-Language-Hearing Association (2008a). *Roles and responsibilities of speech-language pathologists in early intervention: Technical Report*. Rockville, MD: Author. Retirado em 23 de Março de 2011 de <http://www.asha.org/docs/html/TR2008-00290.html>.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2008b). *Roles and responsibilities of speech-language pathologists in early intervention: Guidelines*. Rockville, MD: Author. Retirado em 23 de Março de 2011 de [www.asha.org/policy](http://www.asha.org/policy).
- Bailey, D. B. (1992). *An ecological framework for early intervention*. New York: Maxwell Publishing Co.
- Bailey, D. B. (2001). Evaluating parent involvement and family support in early intervention and preschool programs. *Journal of Early Intervention*, 24(1), 1-14.
- Bailey, D. B. & Bruder, M. B. (2005). *Family outcomes of early intervention and early childhood special education: Issues and considerations*. ECO Center, SRI Internacional. Menlo Park, California: Author. Retirado em 22 de Janeiro de 2011 de [http://www.fpg.unc.edu/~eco/assets/pdfs/Family\\_Outcomes\\_Issues\\_01-17-05.pdf](http://www.fpg.unc.edu/~eco/assets/pdfs/Family_Outcomes_Issues_01-17-05.pdf).
- Bailey, D.B., Bruder, M.B., Hebbeler, K., Carta, J., Defosset, M., Greenwood, C., Kahn, L., Mallik, S., Markowitz, J., Spiker, D., Walker, D., & Barton, L. (2006). Recommended outcomes for families of young children with disabilities. *Journal of Early Intervention*, 28(4), 227-251.

- Bailey, D. B., Buysse, V., Edmondson, R., & Smith, T. (1992). Creating family-centered services in early intervention: Perceptions of professionals in four states. *Exceptional Children*, 58(4), 298-309.
- Bailey, D. B., McWilliam, R. A., Darkes, L. A., Hebbeler, K., Simeonsson, R. J., Spiker, D., & Wagner, M. (1998). Family outcomes in early intervention: A framework for program evaluation and efficacy research. *Exceptional Children*, 64(3), 313-328.
- Bailey, D. B. & Powell, T. (2005). Assessing the information needs of families in early intervention. In M. J. Guralnick (Ed.), *The Developmental Systems Approach to Early Intervention* (pp. 151-184). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Bailey, D. B. & Wolery, M. (2002a). *FPG director testifies before presidential commission: Part 1 of 2*. Retirado em 22 de Abril de 2002 de <http://www.fpg.une.edu/MediaInfo/pr/detail.cfm?PressreleaseD=83>.
- Bailey, D. B. & Wolery, M. (2002b). *FPG director testifies before presidential commission: Part 2 of 2*. Retirado em 22 de Abril de 2002 de <http://www.fpg.une.edu/MediaInfo/pr/detail.cfm?PressreleaseD=83>.
- Bairrão, J. (1995). A perspectiva ecológica em psicologia da educação. *Psicologia*, 10(3), 7-30.
- Bairrão, J. & Almeida, I. C. (2002). *Contributos para o estudo das práticas de intervenção precoce em Portugal*. Lisboa: Ministério da Educação, Departamento de Educação Básica.
- Bairrão, J. & Almeida, I. C. (2003). Questões atuais em intervenção precoce. *Psicologia*, XVII(1), 15-29.
- Bernheimer, L. P. & Weisner, T. S. (2007). "Let me just tell you what I Do All Day..." The family story at the center of intervention research and practice. *Infants and Young Children*, 20(3), 192-201.
- Blackman, J. A. (2002). Early intervention: A global perspective. *Infants and Young Children*, 15(2), 11-19.
- Blue-Banning, M., Summers, J. A., Frankland, H. C., Nelson, L. L., & Beegle, G. (2004). Dimensions of family and professional partnerships: Constructive guidelines for collaboration. *Exceptional Children*, 70(2), 167-184.
- Brantlinger, E., Jimenez, R., Klingner, J., Pugach, M., & Richardson, V. (2005). Qualitative studies in special education. *Exceptional Children*, 71(2), 195-207.

- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513-531.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by natural and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742.
- Bronfenbrenner, U. (1989). Ecological systems theory. In R. Vasta (Ed.), *Annals of child development*, vol. 6 (pp. 187-249). Greenwich: JAI Press.
- Bronfenbrenner, U. (2005). Preparar um mundo para a criança no século XXI: o desafio da investigação. In J. Gomes-Pedro, J. K. Nugent, J. G. Young & T. B. Brazelton (Eds.), *A criança e a família no século XXI* (pp.79-89). Lisboa: Dinalivro e Paterson Marsh Ltd.
- Bronfenbrenner, U. & Ceci, S. J. (1994). Nature-nurture reconceptualisation in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological Review*, 101, 568-586.
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.). *Handbook of child development Vol.1. Theoretical models of human development* (5nd ed., pp. 993-1028). New York: J. Wiley and Sons.
- Brooks-Gunn, J., Berlin, L. J., & Fuligni, A. S. (2000). Early childhood intervention programs: What about the family? In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 549-588). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Bruder, M. B. (2000a). Family-centered early intervention: Clarifying our values for the new millennium. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20(2), 105-115.
- Bruder, M. B. (2000b). *The Individual Family Service Plan (IFSP)*. Reston, VA: ERIC Clearinghouse on Disabilities and Gifted Education.
- Bruder, M. B. (2001). Inclusion of infants and toddlers: outcomes and ecology. In M. J. Guralnick (Ed.), *Early childhood inclusion - Focus on change* (pp. 203-228). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Company.
- Bruder, M. B. (2005). Service coordination and integration in a developmental systems approach to early intervention. In M. J. Guralnick (Ed.), *The developmental systems approach to early intervention* (pp. 29-58). Baltimore: Paul H. Brookes.

- Bruder, M. B. (2010a). Early Childhood Intervention: a promise to children and families for their future. *Exceptional Children*, 76, 339-355. [Versão Eletrônica] ISSN: 0014-4029. Retirado em 05 de Janeiro de 2011 de [http://greatstarhillsdale.org/files/documents/early\\_on/Early\\_Childhood\\_Intervention\\_Handouts.pdf](http://greatstarhillsdale.org/files/documents/early_on/Early_Childhood_Intervention_Handouts.pdf).
- Bruder, M. B. (2010b). Coordinating services with families. In R. A. McWilliam (Ed.), *Working with families of young children with special needs* (pp. 93-126). NY: The Guilford Press.
- Bruder, M. B. & Dunst, C. J. (1999). Expanding learning opportunities for infants and toddlers in natural environments: A chance to reconceptualize early intervention. *Zero to Three*, 20(3), 34-36.
- Bruder, M. B. & Dunst, C. J. (2005). Personnel preparation in recommended early intervention practices: Degree of emphasis across disciplines. *Topics in Early Childhood Special Education*, 25(1), 25-33.
- Bruder, M. B., & Dunst, C. J. (2008). Factors related to the scope of early intervention service coordinator practices. *Infants and Young Children*, 21(3), 176-185.
- Bruder, M. B., Harbin, G. L., Whitbread, K., Coon-Powers, M., Roberts, R., van Buren, M., Dunst, C., Mazzarella, C., & Gabbard, G. (2005). Outcomes of service coordination: An evidence model for research and practice. *Topics in Early Childhood Special Education*, 25(3), 177-188.
- Buyse, V., & Hollingsworth, H. L. (2009). Program quality and early childhood inclusion: Recommendations for professional development. *Topics in Early Childhood Special Education*, 29, 119-128.
- Campbell, P. (2004). Participation-based services: Promoting children's participation in natural settings. *Young Exceptional Children*, 8(1), 20-29.
- Campbell, P. & Halbert, J. (2002). Between research and practice: Provider perspectives on early intervention. *Topics in Early Childhood Special Education*, 22(4), 213-226.
- Campbell, P., & Sawyer, L.B. (2007). Supporting learning opportunities in natural settings through participation-based services. *Journal of Early Intervention*, 29(4), 287-305.
- Carta J. J. & Kong, N. Y. (2007). Trends and Issues in Interventions for Preschoolers with Developmental Disabilities. In S. L. Odom, R. H. Horner, M. E. Snell & J.

- Blacher (Eds.), *Handbook of developmental disabilities* (pp. 181-198). NY: The Guilford Press.
- Carvalho, L. M., Pereira, A. P., & Serrano, A. M. (2003). Oportunidades de aprendizagem para a criança nos seus contextos de vida. *Psicologia*, XVII(1), 65-80.
- Center on the Developing Child at Harvard University. (2007). *A Science-Based Framework for Early Childhood Policy*. Retirado em 10 de Abril de 2011 de [http://developingchild.harvard.edu/library/reports\\_and\\_working\\_papers/policy\\_framework/](http://developingchild.harvard.edu/library/reports_and_working_papers/policy_framework/).
- Center on the Developing Child at Harvard University (2011). Building the Brain's "Air Traffic Control" System: How Early Experiences Shape the Development of Executive Function: Working Paper No. 11. Retirado em 10 de Abril de 2011 de [http://developingchild.harvard.edu/index.php/resources/reports\\_and\\_working\\_papers/working\\_papers/wp11/](http://developingchild.harvard.edu/index.php/resources/reports_and_working_papers/working_papers/wp11/).
- Childress, D. C. (2004). Special instruction and natural environments: Best practices in early intervention. *Infants and Young Children*, 17(2), 162-170.
- Correia, L. M. & Serrano, A. M. (1994). Impacto dos programas de intervenção precoce na criança e na família. *Revista Portuguesa de Educação*, 7(3), 85-93.
- Correia, L. M. & Serrano, A. M. (Eds.). (1998). *Envolvimento parental em intervenção precoce: Das práticas centradas na criança às práticas centradas na família*. Porto: Porto Editora.
- Corsello, C. M. (2005). Early intervention in autism. *Infants and Young Children*, 18(2), 74-85.
- Coutinho, M. T. (1999). *Intervenção Precoce: Estudo dos efeitos de um programa de formação parental destinado a pais de crianças com Síndrome de Down*. Unpublished Tese de Doutoramento, Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
- Cruz, A. I. (Coord.), Fontes, F., & Carvalho, M. L. (2003). *Avaliação da Satisfação das Famílias Apoiadas pelo PIIP: Resultados de Aplicação da Escala ESFIP*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Decreto-Lei n.º 3/2008 de 7 de Janeiro de 2008, *Diário da República*, 1.ª série – N.º 4, pp. 154-164.

- Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de Outubro de 2009, *Diário da República*, 1.ª série – N.º 193, pp. 7298-7301.
- DEC/NAEYC. (2009). *Early childhood inclusion: A joint position statement of the Division for Early Childhood (DEC) and the National Association for the Education of Young Children (NAEYC)*. Chapel Hill: The University of North Carolina, FPG Child Development Institute. Retirado em 10 de Janeiro de 2011 de [http://community.fpg.unc.edu/resources/articles/Early\\_Childhood\\_Inclusion](http://community.fpg.unc.edu/resources/articles/Early_Childhood_Inclusion).
- Dempsey, I., & Keen, D. (2008). A review of processes and outcomes in family-centered services for children with a disability. *Topics in Early Childhood Special Education*, 2008. doi: 10.1177/0271121408316699.
- Despacho Conjunto n.º 891/2009 de 19 de Outubro de 1999, *Diário da República*, 2.ª série – N.º 244, pp.15566-15568.
- Dinnebeil, L.A. & Hale, L.M. (2003). Incorporating principles of family-centered practice in early intervention program evaluation. [Versão electrónica]. *Zero To Three*, 23(6), 24-27.
- Dinnebeil, L.A., Hale, L., & Rule, S. (1999). Early Intervention program practices that support collaboration. *Topics in Early Childhood Special Education*, 19(4), 225-235.
- Dunst, C. J. (1999). Placing parent education in conceptual and empirical context. *Topics in Early Childhood Special Education*, 19, 141-147.
- Dunst, C. J. (2000a). Everyday children's learning opportunities: Characteristics and consequences. *Children's Learning Opportunities Report*, 2(1). Retirado em 10 de Outubro de 2010 de <http://www.everydaylearning.info/reports/lov2-1.pdf>.
- Dunst, C. J. (2000b). Revisiting "Rethinking early intervention". *Topics in Early Childhood Special Education*, 20(2), 95-104.
- Dunst, C. J. (2001). Participation of young children with disabilities in community learning activities. In M. Guralnick (Ed.), *Early Childhood Inclusion: Focus on Change* (pp. 307-333). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Dunst, C. J. (2002). Family-centered practices: Birth through high school. *Journal of Special Education*, 36(3), 139-147.
- Dunst, C. J. (2005a). Framework for Practicing Evidence-Based Early Childhood Intervention and Family Support. *CASEinPoint*, 1(1), 1-11. Retirado em 15 de Setembro de 2010 de [http://fippcase.org/caseinpoint/caseinpoint\\_vol1\\_no1.pdf](http://fippcase.org/caseinpoint/caseinpoint_vol1_no1.pdf).

- Dunst, C. J. (2005b). Foundations for an evidence-based approach to early childhood intervention and family support. *CASEmakers*, 1(1), 1-6. Retirado em 15 de Setembro de 2010 de [http://fippcase.org/casemakers/casemakers\\_vol1\\_no1.pdf](http://fippcase.org/casemakers/casemakers_vol1_no1.pdf).
- Dunst, C. J. (2006). Parent-Mediated Everyday Child Learning Opportunities: I. Foundations Operationalizing Resources-Based Intervention Practices. *CASEinPoint*, 2(2), 1-10. Retirado em 15 de Setembro de 2010 de [http://fippcase.org/caseinpoint/caseinpoint\\_vol2\\_no2.pdf](http://fippcase.org/caseinpoint/caseinpoint_vol2_no2.pdf).
- Dunst, C. J. (2007). Early intervention for infants and toddlers with developmental disabilities. In S. L. Odom, R. H. Horner, M. E. Snell, & J. Blacher (Eds.), *Handbook of developmental disabilities* (pp. 161-180). NY: The Guilford Press.
- Dunst, C. J. (2009). Implications of evidence-based practices for personnel preparation development in early childhood intervention. *Infants and Young Children*, 22(1), 44-53.
- Dunst, C. J. (2010 Novembro). *Famílias e comunidades como contextos para suporte e fortalecimento da aprendizagem e desenvolvimento da criança*. Comunicação no VIII Congresso Nacional de Intervenção Precoce, Aveiro, Portugal.
- Dunst, C. J. & Bruder, M. B. (1999a). Increasing children's learning opportunities in the context of family and community life. *Children's Learning Opportunities Report*, 1(1). Retirado em 04 de Fevereiro de 2011 de <http://www.everydaylearning.info/reports/lov1-1.pdf>.
- Dunst, C. J. & Bruder, M. B. (1999b). Family and community activity settings, natural learning environments, and children's learning opportunities. *Children's Learning Opportunities Report*, 1(2). Retirado em 04 de Fevereiro de 2011 de <http://www.everydaylearning.info/reports/lov1-2.pdf>.
- Dunst, C. J. & Bruder, M. B. (2002). Valued outcomes of service coordination, early intervention and natural environments. *Exceptional Children*, 68(3), 361-375.
- Dunst, C. J. & Bruder, M. B. (2006). Early intervention service coordination models and service coordinator practices. *Journal of Early Intervention*, 28(3), 155-165.
- Dunst, C. J., Bruder, M. B., Trivette, C. M., & Hamby, D. (2006). Everyday activity settings, natural learning environments, and early intervention practices. *Journal of Policy and Practice in Developmental Disabilities*, 3, 3-10.
- Dunst, C. J., Bruder, M. B., Trivette, C. M., Hamby, D., Raab, M., & McLean, M. (2001). Characteristics and consequences of everyday natural learning opportunities. *Topics in Early Childhood Special Education*, 21(2), 68-92.



- Dunst, C. & Hamby, D. (1999a). Community life as sources of children's learning opportunities. *Children's Learning Opportunities Report*, 1(4). Retirado em 04 de Fevereiro de 2011 de <http://www.everydaylearning.info/reports/lov1-4.pdf>.
- Dunst, C. & Hamby, D. (1999b). Family life as sources of children's learning opportunities. *Children's Learning Opportunities Report*, 1(3). Retirado em 04 de Fevereiro de 2011 de <http://www.everydaylearning.info/reports/lov1-3.pdf>.
- Dunst, C. J., Hamby, D., Trivette, C. M., Raab, M., & Bruder, M. B. (2000). Everyday family and community life and children's naturally occurring learning opportunities. *Journal of Early Intervention*, 23(3), 151-164.
- Dunst, C. J., & Raab, M. (2004). Parent's and practitioners' perspectives of young children's everyday natural learning environments. *Psychological Reports*, 94, 251-256.
- Dunst, C. J., Raab, M., Trivette, C. M., & Swanson, J. (2010). Community-Based Everyday Child Learning Opportunities. In R. A. McWilliam (Ed.), *Working with Families of Young Children with Special Needs* (pp. 60-92). New York: The Guilford Press.
- Dunst, C. J. & Swanson, J. (2006). Parent-mediated everyday child learning opportunities: II. Methods and procedures. *CASEinPoint*, 2(11), 1-13. Retirado em 15 de Setembro de 2010 de [http://fippcase.org/caseinpoint/caseinpoint\\_vol2\\_no11.pdf](http://fippcase.org/caseinpoint/caseinpoint_vol2_no11.pdf).
- Dunst, C. & Trivette, C. (1990). Assessment of social support in early intervention programs. In S. Meisels & J. Shonkoff (Eds). *Handbook of Early Childhood Intervention*. New York: Cambridge University Press.
- Dunst, C. J. & Trivette, C. M. (1996). Empowerment, effective helpgiving practices and family-centered care. *Pediatric Nursing*, 22(4), 334-337, 343.
- Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (2004). *Family-centered practices scale: Extended version*. In C. J. Dunst, C. M. Trivette & D. W. Hamby (2006). *Technical manual for measuring and evaluating family support program quality and benefits* (Winterberry Monograph Series). Asheville, NC: Winterberry Press.
- Dunst, C. J. & Trivette, C. M. (2005). Characteristics and consequences of family-centered helpgiving practices. *CASEmakers*, 1(6), 1-4. Retirado em 15 de Setembro de 2010 de [http://fippcase.org/casemakers/casemakers\\_vol1\\_no6.pdf](http://fippcase.org/casemakers/casemakers_vol1_no6.pdf).

- Dunst, C. J. & Trivette, C. M. (2008). Using research evidence to inform and evaluate early childhood intervention practices. *Topics in Early Childhood Special Education*, 2008. doi: 10.1177/0271121408329227.
- Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (2009a). Let's be PALS: An evidence-based approach to professional development. *Infants and Young Children*, 23(3), 164-176.
- Dunst, C. J. & Trivette, C. M. (2009b). Meta-analytic structural equation modeling of the influences of family-centered care on parent and child psychological health. *International Journal of Pediatrics*, 2009. doi: 10.1155/2009/576840.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Cutspec, P. A. (2002a). Toward an operational definition of evidence-based practices. *Centerscope*, 1(1), 1-10. Retirado em 16 de Setembro de 2010 de [http://www.researchtopractice.info/centerscopes/centerscope\\_vol1\\_no1.pdf](http://www.researchtopractice.info/centerscopes/centerscope_vol1_no1.pdf).
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Cutspec, P. A. (2002b). An evidence-based approach to documenting the characteristics and consequences of early intervention practices. *Centerscope*, 1(2), 1-6. Retirado em 16 de Setembro de 2010 de [http://www.researchtopractice.info/centerscopes/centerscope\\_vol1\\_no2.pdf](http://www.researchtopractice.info/centerscopes/centerscope_vol1_no2.pdf).
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Jodry, W. (1997). Influences of social support on children with disabilities and their families. In M. J. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention* (pp. 449-518). Baltimore. Paul H. Brookes.
- Edelman, L. (2005). A Relationship-Based Approach to Early Intervention. *Resources and Connections*, 3(2). Retirado em 26 de Maio de 2011 de [http://www.eicolorado.org/files/relationship\\_based\\_approach.pdf](http://www.eicolorado.org/files/relationship_based_approach.pdf)
- European Agency for Development in Special Needs Education (2005). *Intervenção precoce na Infância - Análise das Situações na Europa, Aspectos Chave e Recomendações*. Retirado em 15 de Abril de 2008 de <http://www.european-agency.org/eci/eci.html>.
- European Agency for Development in Special Needs Education (2010). *Early Childhood Intervention – Progress and Developments 2005–2010*, Odense, Denmark. Retirado em 11 de Novembro de 2010 de <http://www.european-agency.org/publications/ereports/early-childhood-intervention-2013-progress-and-development-200520132010/ECI-report-PT.pdf>.
- Felgueiras, I. (2009). A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) e seus contributos para a reconceptualização da deficiência e da incapacidade. In Portugal, G. (Org.), *Ideias, projectos e inovação no mundo da*

- infância: o percurso e a presença de Joaquim Bairrão* (pp. 195-209). Universidade de Aveiro: Theoria Poiesis Praxis.
- Felgueiras, I., Carvalho, F., Almeida, I. C., Carvalho, L., Pereira, F., Breia, G., Jorge, A., & Fernandes, J. B. (2006). *Aplicação do despacho conjunto nº 891/99 e desenvolvimento da intervenção precoce*. Documento não publicado.
- Franco, V. (2007). Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipa em intervenção precoce. *Interação em Psicologia*, 11(1), 113-121.
- Franco, V. & Apolónio, A.M. (2008). *A avaliação do impacto da intervenção precoce no alentejo - criança, família e comunidade*. Évora: Administração regional de saúde do Alentejo.
- Gallagher, R. & Tramill, J. (1998). Para Além da Parte H: Implicações da legislação de intervenção precoce na organização de parcerias de colaboração escola/comunidade. In L. M. Correia & A. M. Serrano (Eds.), *Envolvimento parental em intervenção precoce. Das práticas centradas nas crianças às práticas centradas na família* (pp. 35-60). Porto: Porto Editora.
- Garbarino, J., & Ganzel, B. (2000). The Human Ecology of Early Risk. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 76-93). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Gilliam, W. S., Meisels, S. J. & Mayes, L. C. (2005). Screening and surveillance in early intervention systems. In M. J. Guralnick (Ed.). *The Developmental Systems Approach to Early Intervention* (pp.73-98). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Gilkerson, L. & Kopel, C. C. (2005). Relationship-based systems change: Illinois' model for promoting social-emotional development in Part C Early Intervention. *Infants and Young Children*, 18(4), 349-365.
- Gronita, J., Pimentel, J. S., Matos, C., Bernardo, A. C., & Marques, J. (2009). *Os nossos filhos são diferentes: como podem os pais lidar com a criança com deficiência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Retirado em 21 de Janeiro de 2011 de [http://www.gulbenkian.pt/media/files/fundacao/programas/PG%20Desenvolvimento%20Humano/pdf/Os\\_nossos\\_filhos\\_s\\_o...\\_fiferentes.pdf](http://www.gulbenkian.pt/media/files/fundacao/programas/PG%20Desenvolvimento%20Humano/pdf/Os_nossos_filhos_s_o..._fiferentes.pdf).
- Guralnick, M. J. (1998). Effectiveness of early intervention for vulnerable children: A developmental perspective. *Journal on Mental Retardation*, 12(4), 319-345.
- Guralnick, M. J. (2001a). A developmental systems model for early intervention. *Infants and Young Children*, 14(2), 1-18.

- Guralnick, M. (2001b). A framework for change in early childhood inclusion. In M. J. Guralnick (Ed.), *Early childhood inclusion - Focus on change* (pp. 3-38). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Guralnick, M. J. (2005a). Early intervention for children with intellectual disabilities: Current knowledge and future prospects. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18, 313-324.
- Guralnick, M. J. (Ed.). (2005b). *The developmental systems approach to early intervention*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Company.
- Guralnick, M. J. (2008). International perspectives on early intervention: A search for common ground. *Journal of Early Intervention*, 30(2), 90-101.
- Guralnick, M. J. (2011). Why early intervention works. A system perspective. *Infants and Young Children*, 24(1), 6-28.
- Hanft, B. E., Rush, D. D., & Shelden, M. L. (2004). *Coaching families and colleagues in early childhood* (2nd ed.). Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Hanft, B. E., & Pilkington, K. O. (2000). Therapy in natural environments: The means or end goal for early intervention? *Infants and Young Children*, 12(4), 1-13.
- Hanson, M. J. (2005). Ensuring effective transitions in early intervention. In M. J. Guralnick (Ed.), *The developmental systems approach to early intervention* (pp. 373-398). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Hanson, M. J., & Bruder, M. B. (2001). Early intervention: Promises to keep. *Infants and Young Children*, 13(3), 47-58.
- Harbin, G. L. (2005). Designing an integrated point of access in the early intervention system. In M. J. Guralnick (Ed.). *The developmental systems approach to early intervention* (pp. 99-132) Baltimore: Paul H. Brookes.
- Harbin, G. L., Bruder, M. B., Adams, C., Mazzarella, C., Whitbread, K., Gabbard, G., & Staff, I. (2004). Early intervention service coordination policies: national policy infrastructure. *Topics in Early Childhood Special Education*, 24(2), 89-97.
- Harbin, G. L., McWilliam, R. A. & Gallagher, J. J. (2000). Services for young children with disabilities and their families. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 387-415). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Harbin, G., Rous, B., & McLean, M. (2005). Issues in designing state accountability systems. *Journal of Early Intervention*, 27(3), 137-164.

- Hauser-Cram, P., Warfield, M. E., Shonkoff, J. P., Krauss, M. W., Upshur, C. C., & Sayer, A. (1999). Family influences on adaptative development in young children with Down syndrome. *Child Development*, 70, 979-989.
- Hauser-Cram, P., Warfield, M. E., Shonkoff, J. P., Krauss, M. W., Sayer, A., & Upshur, C.C. (2001). Children with disabilities: a longitudinal study of child development and parent well-being. *Monographs Society Research Child Development*, 66(3), 1-114.
- Hauser-Cram, P., Warfield, M. E., Upshur, C. C., & Weisner, T. S. (2000). An expanded view of program evaluation in early childhood intervention. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 487-509). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Hebbeler, K., Barton, L. R., & Mallik, S. (2008). Assessment and accountability for programs serving young children with disabilities. *Exceptionality*, 16(1), 2-18.
- Heckman, J. J. (2000). Policies to Foster Human Capital. *Research in Economics*, 54(1), 3-56. doi: 10.1006/reec.1999.0225.
- Heckman, J. J. (2010). *The case for investing in disadvantaged young children. Big ideas for children: Investing on our nation's future*, 49-58.
- Holderlin, F. (1999). Holderlin e outros estudos. In P. Quintela (Ed.), *Obras Completas de Paulo Quintela* (Vol. II). Lisboa: Calouste Gulbenkian.
- Hoyden, P., Frederick, L., & Smith, B. J. (2003). A road map for facilitating collaborative team. Longmont, CO: Sopris West.
- Jung, L. A. (2003). More IS better: Maximizing natural learning opportunities. *Young Exceptional Children*, 6(3), 21-26.
- Kazmier, L. (1982). *Basic statistics for business and economics*. New York: McGraw-Hill.
- Kelly, J. F. & Barnard, K.E. (2000). Assessment of parent-child interaction. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 258-289). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Kelly, J. F., Booth-LaForce, C., & Spieker, S. J. (2005). Assessing family characteristics relevant to early intervention. In M. J. Guralnick (Ed.). *The developmental systems approach to early intervention* (pp. 235-266). Baltimore: Paul H. Brookes.

- Kilgo, J. L., Aldridge, J., Denton, B., Vogtel, L., Vincent, J., Burke, C., & Unanue, R. (2003). Transdisciplinary teaming: A vital component of inclusive services [Electronic version]. *Focus on Inclusive Education*, 1(1).
- King, G., Strachan, D., Tucker, M., Duwyn, B., Desserud, S., & Shillington, M. (2009). The application of a transdisciplinary model for early intervention services. *Infants and Young Children*, 22(3), 211–223.
- Klein, N. & Gilkerson, L. (2000). Personnel preparation for early childhood intervention programs. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 454-486). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Knudsen, E. I., Heckman, J. J., Cameron, J. L. & Shonkoff, J. P. (2006). *Economic, neurobiological, and behavioral perspectives on building America's future workforce*. 2010. doi: 10.1073/pnas.060088103.
- Kraft-Sayre, M. E. & Pianta, R. C. (2000). *Enhancing the transition to kindergarten*. Charlottesville: University of Virginia, National Center for Early Development & Learning.
- Krauss, M. W. (2000). Family assessment within early intervention programs. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 290-308). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Lanners, M. A. & Mombaerts, D. (2000). Evaluation of parent's satisfaction with early intervention services within and among european countries: Construction and application of a new parent satisfaction scale. *Infants and Young Children*, 12(3), 61-70.
- Law, M. (2000). Strategies for implementing evidence-based practice in early intervention. *Infants and Young Children*, 13(2), 32-40.
- Mahoney, G., Kaiser, A., Girolametto, L., MacDonald, J., Robinson, C., Safford, P., & Spiker, D. (1999). Parent education in early intervention. *Topics in Early Childhood Special Education*, 19(3), 131-140.
- Mahoney, G., & Perales, F. (2005). Relationship-focused early intervention with pervasive developmental disorders and others disabilities: A comparative study. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26(2), 77-85.
- Malone, D. G., & Gallagher, P (2009). Transition to preschool special education: A review of the literature. *Early Education and Development*, 20(4), 584-602.

- McCollum, J. (2002). Influencing the development of young children with disabilities: Current themes in early intervention. *Child and Adolescent Mental Health*, 7, 4-9.
- McCollum, J., Gooler, F., Appl, D., & Yates, T. (2001). PIWI: Enhancing parent-child interaction as a foundation for early intervention. *Infants and Young Children*, 14, 34-45.
- McCollum, J. A. & Hemmeter, M. L. (1997). Parent-Child interaction intervention when children have disabilities, In M. J. Guralnick (Ed.), *The Effectiveness of Early Intervention*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- McNaughton, D. (1994). Measuring parent satisfaction with early childhood intervention programs: Current practice, problems, and future perspectives. *Topics in Early Childhood Special Education*, 14(1), 26-48.
- McWilliam, R. A. (2000a). It's only natural to have early intervention in the environments where it's needed. In S. Sandall & M. Ostrosky (Eds.), *Young Exceptional Children monograph series no. 2: Natural environments and inclusion* (pp. 17-26). Longmont, CO: Sopris West.
- McWilliam, R. A. (2000b). Recommended practices in interdisciplinary models. In S. Sandall, M. McLean & B. Smith (Org.), *DEC recommended practices in early intervention/early childhood special education* (pp. 47-52). Longmont, Colorado: Sopris West.
- McWilliam, R. A. (2001). *Understanding the family ecology. integrate model for natural environments in early intervention*. Retirado em 12 de Março de 2011 de [http://www.siskin.org/downloads/Understanding\\_the\\_Family\\_Ecology.pdf](http://www.siskin.org/downloads/Understanding_the_Family_Ecology.pdf).
- McWilliam, R. A. (2002). Documentos cedidos no I congresso nacional de intervenção precoce realizado nos dias 3 e 4 de Junho de 2002, em Coimbra, Portugal.
- McWilliam, R. A. (2003). The primary-service provider model for home and community-based services. *Psicologia*, XVII(1), 115-135.
- McWilliam, R. A. (2005). Assessing the resource needs of families in the context of early intervention. In M. J. Guralnick (Ed.), *The developmental systems approach to early intervention* (pp. 215-234). Baltimore: Paul H. Brookes.
- McWilliam, R. A. (Ed.). (2010). *Working with families of young children with special needs*. New York: The Guilford Press.

- McWilliam, R. A., Lang, L., Vandiviere, P., Angell, R., Collins, L., & Underdown, G. (1995). Satisfaction and struggles: Families perceptions of early intervention services. *Journal of Early Intervention*, 19(1), 43-60.
- McWilliam, R. A. & Scott, S. (2001). A support approach to early intervention: A three part framework. *Infants and Young Children*, 13(4), 55-66.
- McWilliam, R. A., Snyder, P., Harbin, G. L., Porter, P., & Munn, D. (2000). Professionals' and families' perceptions of family-centered practices in infant-toddler services. *Early Education and Development*, 11, 519-538.
- McWilliam, R. A., Tocci, L., & Harbin, G. (1998). Family-centered services: Service providers' discourse and behaviour. *Topics in Early Childhood Special Education*, 18(4), 206-221.
- Meadan, H., Ostrosky, M. M., Zaghawan, H. Y., & Yu, S. (2009). Promoting the social and communicative behavior of young children with autism spectrum disorders: A review of parent-implemented intervention studies. *Topics in Early Childhood Special Education*, 29(2), 90-104.
- Meisels, S. J. & Atkins-Burnett, S. (2000). The elements of early childhood assessment. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 231-257). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Meisels, S. J. & Shonkoff, J. P. (2000). Early childhood intervention: A continuing evolution. In J. P. Shonkoff, & S. J. Meisels, (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 3-31). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Mota, M. C. (2000). *Subsídios para o estudo das práticas em intervenção precoce*. Unpublished Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Mott, D.W. (1997). The Home Environment. In S. K. Thurman, J. Cornwell, & S. Gottwald (Eds), *Contexts of early intervention: Systems and settings* (pp. 139-163). London: Paul H Brooks.
- Mott, D.W. (2005a). Conceptual and Empirical Foundations of Resources-Based Intervention Practices. *CASEinPoint*, 1 (5), 1-6. Retirado em 15 de Setembro de 2010 de [http://fippcase.org/caseinpoint/caseinpoint\\_vol1\\_no5.pdf](http://fippcase.org/caseinpoint/caseinpoint_vol1_no5.pdf).



- Mott, D. W. (2005b). Characteristics and consequences of resource-based intervention practices. *CASEmakers*, 1(5), 1-4. Retirado em 15 de Setembro de 2010 de [http://fippcase.org/casemakers/casemakers\\_vol1\\_no5.pdf](http://fippcase.org/casemakers/casemakers_vol1_no5.pdf).
- Mott, D. W. (2006). Checklists for measuring adherence to resource-based intervention practices. *CASEtools*, 2(3), 1-8. Retirado em 15 de Setembro de 2010 de [http://fippcase.org/casetools/casetool\\_vol2\\_no3.pdf](http://fippcase.org/casetools/casetool_vol2_no3.pdf).
- National Scientific Council on the Developing Child (2004a). *Young children develop in an environment of relationships: Working paper #1*. Retirado em 10 de Abril de 2011 de [http://developingchild.harvard.edu/index.php/resources/reports\\_and\\_working\\_papers/working\\_papers/wp1/](http://developingchild.harvard.edu/index.php/resources/reports_and_working_papers/working_papers/wp1/).
- National Scientific Council on the Developing Child (2004b). *Children's emotional development is built into the architecture of their brains: Working paper #2*. Retirado em 10 de Abril de 2011 de [http://developingchild.harvard.edu/index.php/resources/reports\\_and\\_working\\_papers/working\\_papers/wp2/](http://developingchild.harvard.edu/index.php/resources/reports_and_working_papers/working_papers/wp2/).
- National Scientific Council on the Developing Child (2007). *The Timing and Quality of Early Experiences: Working Paper #5*. Retirado em 10 de Abril de 2011 de [http://developingchild.harvard.edu/index.php/resources/reports\\_and\\_working\\_papers/working\\_papers/wp5/](http://developingchild.harvard.edu/index.php/resources/reports_and_working_papers/working_papers/wp5/).
- National Scientific Council on the Developing Child (2008). *Mental health problems in Early Childhood can Impair Learning and Behavior for life: Working Paper #6*. Retirado em 10 de Abril de 2011 de [http://developingchild.harvard.edu/index.php/resources/reports\\_and\\_working\\_papers/working\\_papers/wp6/](http://developingchild.harvard.edu/index.php/resources/reports_and_working_papers/working_papers/wp6/).
- Nelson, C. A. (2000). The neurobiological bases of early intervention. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 204-227). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Neisworth, J. T., & Bagnato, S. J. (2000). Recommended practices in assessment. In S. Sandall, M. E. McLean, & B. J. Smith, (Eds.), *DEC recommended practices in Early Intervention/Early Childhood Special Education* (pp. 23-27). Longmont, CO: Sopris West.
- Neisworth, J. T., & Bagnato, S. J. (2004). The mismeasure of young children: The authentic assessment alternative. *Infants and Young Children*, 17(3), 198-212.

- Odom, S. L. (2009). The tie that binds: Evidence-based practices, implementation science and outcomes for children. *Topics in Early Childhood Special Education, 29*(1), 53-61.
- Odom, S. L. & Bailey, D. (2001). Inclusive preschool programs. In M. J. Guralnick (Ed.), *Early childhood inclusion - Focus on change* (pp. 253-276). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Odom, S. L., Brantlinger, E., Gersten, R., Horner, R. H., Thompson, B., & Harris, K. R. (2005). Research in special education: Scientific methods and evidence-based practices. *Exceptional Children, 71*(2), 137-148.
- Odom, S. L. & Wolery, M. (2003). A unified theory of practice in early intervention / early childhood special education: Evidence-based practices. *The Journal of Special Education, 37*(3), 164-173.
- Oliveira, A. N. (1998). *A Psicologia Comunitária: Contributo para um modelo de funcionamento e intervenção no Espaço de Promoção da Mulher "Viver Melhor"*. Unpublished Monografia de Licenciatura, ISMAI, Maia.
- Pereira, A. P. (2003). *Práticas centradas na família: Identificação de comportamentos para uma prática no distrito de Braga*. Unpublished Tese de Mestrado, Universidade do Minho, Braga.
- Pereira, A. P. (2009). *Práticas centradas na família em intervenção precoce: Um estudo nacional sobre práticas profissionais*. Unpublished Tese de Doutoramento, Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho, Braga.
- Park, J. & Turnbull, A. P. (2003). Service integration in early intervention: Determining interpersonal and structural factors for success. *Infants and Young Children, 16*(1), 48-58.
- Peterson, C. A., Luze, G. J., Eshbaugh, E. M., Jeon, H. J., & Kantz, K. R. (2007). Enhancing parent-child interactions through home visiting: Promising practice or unfulfilled promise? *Journal of Early Intervention, 2007*. doi: 10.1177/105381510702900205.
- Pilkington, K. O. (2006). Side by side: Transdisciplinary early intervention in natural environments. OT Practice [Versão electrónica]. Retirado em 06 de Julho de 2010 de <http://www.aota.org/Pubs/OTP/1997-2007/Features/2006/f-040306.aspx>.

- Pilkington, K. & Malinowski, M. (2002). The natural environment II: Uncovering deeper responsibilities within relationship-based services. *Infants and Young Children*, 15(2), 78-84.
- Pimentel, J. S. (1996). *Um Bebê diferente. Da individualidade da interação à especificidade da intervenção*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Integração das Pessoas com Deficiência.
- Pimentel, J. S. (1999). Reflexões sobre a avaliação de programas de intervenção precoce. *Análise Psicológica*, 7(XVII), 143-152.
- Pimentel, J. S. (2005). *Intervenção focada na família: desejo ou realidade*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Integração das Pessoas com Deficiência.
- Pinto, A., Grande, C., Novais, I., Rosário, H., & Barbieri, M. (2009). Intervenção Precoce: uma abordagem dimensional do desenvolvimento humano. In Portugal, G. (Org.), *Ideias, projectos e inovação no mundo da infância: o percurso e a presença de Joaquim Bairrão* (pp. 47-62). Universidade de Aveiro: Theoria Poiesis Praxis.
- Portugal, G. (1992). *Ecologia do desenvolvimento humano em Bronfenbrenner* (pp. 21-46). Aveiro: Centro de Investigação, Difusão e Intervenção Educacional.
- Raab, M. (2005). Characteristics and consequences of everyday child learning opportunities. *CASEmakers*, 1(2), 1-5. Retirado em 15 de Setembro de 2010 de [http://fippcase.org/casemakers/casemakers\\_vol1\\_no2.pdf](http://fippcase.org/casemakers/casemakers_vol1_no2.pdf).
- Raab, M. & Dunst, C. J. (2006). Checklist for promoting parent-mediated everyday child learning opportunities. *CASEtools*, 2(1), 1-10. Retirado em 15 de Setembro de 2010 de [http://fippcase.org/casetools/casetools\\_vol2\\_no1.pdf](http://fippcase.org/casetools/casetools_vol2_no1.pdf)
- Ramey, C. T., & Ramey, L. T. (1998). Early intervention and experience. *American Psychologist*, 53, 109-129.
- Ramey, S. L., & Ramey, C. T. (2003). "Understanding efficacy of early educational programs: Critical design, practice, and policy issues." In A. J. Reynolds, M. C. Wang, & H. J. Walberg (Eds.), *Early childhood programs for a new century* (pp. 35-65). Washington, DC: Child Welfare League of America.
- Rantala, A., Uotinen, S., & McWilliam, R. A. (2009). Providing early intervention within natural environments: A cross-cultural comparison. *Infants and Young Children*, 22(2), 119-131.
- Rapport, M. J., McWilliam, R. A., & Smith, B. J. (2004). Practices across disciplines in early intervention: The research base. *Infants and Young Children*, 17(1), 32-44.

- Roper, N., & Dunst, C. (2003). Communication intervention in natural learning environments: Guidelines for practice. *Infants and Young Children*, 16(3), 215-226.
- Rous, B., Hallam, R., Harbin, G., McCormick, K., & Jung, L. (2007). The transition process for young children with disabilities: A conceptual framework. *Infants and Young Children*, 20(2), 135-148.
- Rush, D. D. & Shelden, M. L. (2005a). Evidence-Based Definition of Coaching Practices. *CASEinPoint*, 1(6), 1-6. Retirado em 15 de Setembro de 2010 de [http://fippcase.org/caseinpoint/caseinpoint\\_vol1\\_no6.pdf](http://fippcase.org/caseinpoint/caseinpoint_vol1_no6.pdf).
- Rush, D. D. & Shelden, M. L. (2005b). Characteristics and consequences of coaching practices. *CASEmakers*, 1(9), 1-3. Retirado em 15 de Setembro de 2010 de [http://fippcase.org/casemakers/casemakers\\_vol1\\_no9.pdf](http://fippcase.org/casemakers/casemakers_vol1_no9.pdf).
- Rush, D. D. & Shelden, M. L. (2008a). Guidelines for team meetings when using a primary-coach approach to teaming practices. *CASEtools*, 4(2), 1-7. Retirado em 15 de Setembro de 2010 de [http://fippcase.org/casetools/casetools\\_vol4\\_no2.pdf](http://fippcase.org/casetools/casetools_vol4_no2.pdf).
- Rush, D. D. & Shelden, M. L. (2008b). Common Misperceptions about coaching in early intervention. *CASEinPoint*, 4(1), 1-4. Retirado em 15 de Setembro de 2010 de [http://fippcase.org/caseinpoint/caseinpoint\\_vol4\\_no1.pdf](http://fippcase.org/caseinpoint/caseinpoint_vol4_no1.pdf).
- Rush, D. D., Shelden, M. L., & Raab, M. (2008). A framework for reflective questioning when using a coaching interaction style. *CASEtools*, 4(1), 1-7. Retirado em 15 de Setembro de 2010 de [http://fippcase.org/casetools/casetools\\_vol4\\_no1.pdf](http://fippcase.org/casetools/casetools_vol4_no1.pdf).
- Sameroff, A. J. (1975). Early influences on development: Fact or fancy? *Merrill-Palmer Quarterly*, 21, 67-94.
- Sameroff, A. J. (1983). Developmental systems: Contexts and evolution. In P. H. Mussen (Eds), *Handbook of child psychology: History, theory and methods* (Vol.1, pp. 238-294). New York: John Wiley and Sons.
- Sameroff, A. J. (2010). A unified theory of development: A dialectic integration of nature and nurture. *Child Development*, 81, 6-22.
- Sameroff, A. J. & Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretakingn casualty. In F. D. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek & G. Siegel (Eds), *Review of child development research* (Vol. 4). Chicago, Illinois: University of Chicago Press.

- Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In J. P. Shonkoff, & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 135-159). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Sandall, S., McLean, M.E., & Smith, B. J. (2000). *DEC Recommended Practices in Early Intervention/Early Childhood Special Education*. Longmont, Colorado: Sopris West.
- Serrano, A. M. (2003). *Formal and informal resource among families with young children with special needs in the district of Braga, Portugal*. Unpublished Tese de Doutoramento, Universidade do Minho, Braga.
- Serrano, A. M. (2007). *Redes sociais de apoio e sua relevância para a intervenção precoce*. Porto: Porto Editora.
- Serrano, A. M. & Afonso, J. L. (2010). Educação pré-escolar em contextos inclusivos: Reflexões em torno de uma experiência europeia Comenius. *Inclusão*, 10, 7-28.
- Serrano, A. M. & Bento, A. (2004). Identificação das redes de apoio social num grupo de famílias em risco. *Inclusão*, 5, 97-111.
- Serrano, A. M. & Boavida, J. (2011). Early childhood intervention. The Portuguese pathway towards inclusion. *Revista Educación Inclusiva*, 4(1), 123-138.
- Serrano, A. M. & Correia, L. M. (1998). Intervenção precoce centrada na família: Uma perspectiva ecológica de atendimento. In A. M. Serrano & L. M. Correia, *envolvimento parental em intervenção precoce: Das práticas centradas na criança às práticas centradas na família* (pp. 11-32). Porto: Porto Editora.
- Simeonsson, R. J., Pereira, S. & Scarborough, A.S. (2003). Documenting delay and disability in early development with the WHO-ICF. *Psicologia*, XVII(1), 31-41.
- Spiker, D., Hebbeler, K. & Mallik, S. (2005). Developing and implementing early intervention programs for children with established disabilities. In M. J. Guralnick (Ed.), *The developmental systems approach to early intervention* (pp. 305-341). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Company.
- Shelden, M.L., & Rush, D.D. (2001). The ten myths about providing early intervention services in natural environments. *Infants and Young Children*, 14(1), 1-13.
- Shelden, M. L. & Rush, D.D. (2005). Characteristics of primary coach teaming practices. *CASEmakers*, 1(8), 1-3. Retirado em 15 de Setembro de 2010 de [http://fippcase.org/casemakers/casemakers\\_vol1\\_no8.pdf](http://fippcase.org/casemakers/casemakers_vol1_no8.pdf).

- Shelden, M.L. & Rush, D.D. (2007). Characteristics of a primary coach approach to teaming in early childhood programs. *CASEinPoint*, 3(1), 1-8. Retirado em 15 de Setembro de 2010 de [http://fippcase.org/caseinpoint/caseinpoint\\_vol3\\_no1.pdf](http://fippcase.org/caseinpoint/caseinpoint_vol3_no1.pdf).
- Shelden, M. L., & Rush, D. D. (2010). A primary-coach Approach to teaming and supporting families in early childhood intervention. In R. A. McWilliam (Ed.), *Working with families of young children with special needs* (pp. 175-202). NY: Guilford Press.
- Shonkoff, J. P & Meisels, S. J. (Eds.). (2000). *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed.). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Shonkoff, J. P., & Phillips, D. A. (Eds.) (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. Committee on Integrating the Science of early childhood development; national research council and institute of medicine. Washington, DC: National Academies Press.
- Shonkoff, J. (2000). Science, policy, and practice: Three cultures in search of a shared mission. *Child development*, 71, 81-187.
- Shonkoff, J. P. & Bales, S. N. (2011). Science does not speak for itself: Translating child development research for the public and its policymakers. *Child Development*, 2011. doi: 10.1111/j.1467-8624.2010.01538.x.
- Shonkoff, J.P. & Hauser-Cram, P. (1987). Early intervention for disabled infants and their families: A quantitative analysis. *Pediatrics*, 80(5), 650-658.
- Stayton, V. & Bruder, M.B. (1999). Early intervention personnel preparation for the new millennium: Early childhood special education. *Infants and Young Children*, 12(1), 59-69.
- Stremel, K., & Campbell, P. (2007). Implementation of early intervention within natural environments. *Early Childhood Services: An Interdisciplinary Journal of Effectiveness*, 1(2) 83-105.
- Swanson, J., Raab, M. R., Roper, N., & Dunst, C. J. (2006). Promoting young children's participation in interest-based everyday learning activities. *CASEtools*, 2(5), 1-22. Retirado em 15 de Setembro de 2010 de [http://fippcase.org/casetools/casetools\\_vol2\\_no5.pdf](http://fippcase.org/casetools/casetools_vol2_no5.pdf).
- Tabachnick, B. G. & Fidel, L. S. (1996). *Using multivariate statistics*. Harper Collins: New York.

- Thompson, B., Diamond, K., McWilliam, R., Snyder, P., & Snyder, S. (2005). Evaluating the quality of evidence from correlational research for evidence-based practice. *Exceptional Children*, 71(2), 181-194.
- Trivette, C. M., Dunst, C., & Deal, A. G. (1997). Resource-based approach to early intervention. In S. K. Thurman, J. R. Cornwell, & S. R. Gottwald (Eds.), *Contexts of early intervention - systems and settings (73-92)*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Trivette, C. M., Dunst, C., & Hamby, D. W. (2010). Influences of family-systems intervention practices on parent-child interactions and child development. *Topics in Early Childhood Special Education*, 2010. doi: 10.1177/0271121410364250.
- Turnbull, A. P., Summers, A. J., Turnbull, R., Brotherson, M. J., Winton, P., Roberts, R., Snyder, P., McWilliam, R. A., Chandler, L., Schrandt, S., Stowe, M., Bruder, M. B., DiVenere, N., Epley, P., Hornback, M., Huff, B., Miksch, P., Mitchell, L., Sharp, L., & Stroup-Rentier, V. (2007). Family supports and services in early intervention: A bold vision. *Journal of Early Intervention*, 29(3), 187-206.
- Turnbull, A. P., Turbiville, V., & Turnbull, H. R. (2000). Evolution of family-professional partnerships: Collective empowerment as the model for the early twenty-first century. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 630-650). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Veiga, M. E. (1995). *Intervenção precoce e avaliação - estudo introdutório*. Porto: o Fio de Ariana.
- Von Bertalanffy, L. (1968). *General systems theory*. New York: George Brazillier.
- Wachs (2000). *Necessary but not sufficient: The respective roles of single and multiple influences on individual development*. Washington: APA.
- Warfield, M. E. & Hauser-Cram, P. (2005). Monitoring and evaluation in early intervention programs. In M. J. Guralnick (Ed.), *The developmental systems approach to early intervention* (pp. 351-372). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Webster, A., Feiler, A., & Webster, V. (2003). Early intensive family intervention and evidence of effectiveness: Lessons from the South West Autism Programme. *Early Childhood Development and Care*, 173, 383-398.
- Wilson, L. L. & Dunst, C.J. (2005). Checklist for assessing adherence to family-centered practices. *CASEtools*, 1(1), 1-6. Retirado em 15 de Setembro de 2010 de [http://fippcase.org/casetools/casetools\\_vol1\\_no1.pdf](http://fippcase.org/casetools/casetools_vol1_no1.pdf).

- Wolery, M. (2000). Behavioral and education approaches in early intervention. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 179-203). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Wolraich, M. L., Gurwitch, R. H., Bruder, M. B., & Knight, L. A. (2005). The role of comprehensive interdisciplinary assessments in the early intervention system. In M. J. Guralnick (Ed.), *The developmental systems approach to early intervention* (pp. 133-149). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Woods, J. (2008). Providing early intervention services in natural environments. *ASHA Leader*, 13(4), 14-17, 23.
- Woods, J. J., & Kashinath, S. (2007). Expanding opportunities for social communication into daily routines. *Early Childhood Services: An Interdisciplinary Journal of Effectiveness*, 2, 137-154.
- Woods, J. J., & Lindeman, D. P. (2008). Gathering and giving information with families. *Infants and Young Children*, 21(4), 272-284.
- Woods, J. J., & Wetherby, A. M. (2003). Early identification of and intervention for infants and toddlers who are at risk for autism spectrum disorder. *Language, Speech, and Hearing Services in the Schools*, 34(3), 180–193.
- Workgroup on Principles and Practices in Natural Environments (2007a). *Mission and principles for providing services in natural environments*. OSEP TA Community of Practice–Part C Settings. Retirado em 19 de Fevereiro de 2011 de [http://www.nectac.org/~pdfs/topics/families/Finalmissionandprinciples3\\_11\\_08.pdf](http://www.nectac.org/~pdfs/topics/families/Finalmissionandprinciples3_11_08.pdf).
- Workgroup on Principles and Practices in Natural Environments (2007b). *Agreed upon practices for providing services in natural environments*. OSEP TA Community of Practice – Part C Settings. Retirado em 19 de Fevereiro de 2011 de [http://www.nectac.org/~pdfs/topics/families/AgreedUponPractices\\_FinalDraft2\\_01\\_08.pdf](http://www.nectac.org/~pdfs/topics/families/AgreedUponPractices_FinalDraft2_01_08.pdf).
- Workgroup on Principles and Practices in Natural Environments (February 2008). *Seven key principles: Looks like /doesn't look like*. OSEP TA Community of Practice – Part C Settings. Retirado em 19 de Fevereiro de 2011 de [http://www.nectac.org/~pdfs/topics/families/Principles\\_LooksLike\\_DoesntLookLike3\\_11\\_08.pdf](http://www.nectac.org/~pdfs/topics/families/Principles_LooksLike_DoesntLookLike3_11_08.pdf).





## ANEXOS



## **ANEXO 1 – Carta enviada aos Presidentes/Diretores das Organizações**

**Exmo(a) Senhor(a)**  
**Presidente/Diretor(a)**

Assunto: **PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO**

O meu nome é Artur Oliveira, sou aluno do 2º ano do Mestrado em Educação Especial – Área de Especialização em Intervenção Precoce na Universidade do Minho (Instituto da Educação) e, no âmbito da minha Dissertação, sob a orientação da Prof. Doutora Ana Maria Serrano, encontro-me a desenvolver um projeto de investigação com o tema “Identificação e Análise dos Projetos de Intervenção Precoce na NUT III Norte Ave” (Nomenclatura Comum das Unidades Territoriais Estatísticas – Decreto-Lei 244/2002 - o Ave é uma sub-região estatística portuguesa, parte da Região Norte; é constituída pelos 8 municípios do sul do Distrito de Braga - Vila Nova de Famalicão, Guimarães, Vizela, Fafe, Cabeceiras de Basto, Mondim de Basto, Póvoa do Lanhoso, Vieira do Minho).

Em linhas gerais, pretendemos com esta investigação caracterizar os programas e estudar as práticas de intervenção precoce nos quais analisamos as perspetivas de todos os intervenientes no processo. Em termos práticos o trabalho implicará entrevistas e/ou questionários com os diretores/coordenadores das equipas, docentes e técnicos que intervêm com crianças até aos 6 anos e às famílias apoiadas/encarregados de educação.

Com este estudo, que surge da necessidade de elaborar um tese de dissertação no âmbito de 2º ano do Mestrado em Educação Especial – Especialização em Intervenção Precoce na Universidade do Minho e de uma prática profissional no campo da intervenção precoce, pretendemos estudar as práticas de intervenção precoce nos quais analisamos as perspetivas de todos os intervenientes no processo da IPI na NUT III Norte Ave (oito municípios abrangidos).

Esperamos que este trabalho possa servir de referência na análise das práticas desenvolvidas na NUT III Norte Ave contribuindo deste modo para uma melhor compreensão dos aspectos positivos e das fragilidades dessas práticas e, conseqüentemente, para a promoção da sua qualidade.

Para a realização desta investigação é fundamental a sua colaboração, visto que os dados necessários só poderão ser fornecidos pela Instituição. Aproveito para informar que informei a Subcomissão de Coordenação Regional do SNIPI – Norte (Dr.<sup>a</sup> Conceição Menino, DREN; Doutora Helena Jardim, ARS Norte e Dr.<sup>a</sup> Rosa Marques, MTSS) da realização deste trabalho.

Assim, solicito a aprovação da realização deste Estudo no vosso Agrupamento de Referência para a Intervenção Precoce/Equipa Local de Intervenção e disponibilizo-me desde já para uma reunião onde possa adicionar ou esclarecer qualquer informação necessária e eventualmente programar o início dos trabalhos de recolha de dados com o coordenador/diretor da Intervenção Precoce/Equipa.

As respostas fornecidas visam o presente estudo académico e são confidenciais, pelo que não existirá qualquer tipo de referência ou identificação do vosso Agrupamento/Equipa, Colaboradores ou Famílias/Encarregados de Educação.

Agradeço a atenção dispensada, solicitando mais uma vez a sua imprescindível colaboração neste projecto, cujo êxito dependerá grandemente da sua contribuição. Caso decidam colaborar, agradecemos resposta para a morada supra citada, para o telemóvel 96 6599227 ou para o seguinte e-mail [psic.arturooliveira@hotmail.com](mailto:psic.arturooliveira@hotmail.com) onde poderá, se assim entender, proceder à marcação do 1º contacto (local, dia e hora) porque encontro-me totalmente disponível.

Aguardando a sua resposta o mais brevemente possível, apresento os meus melhores cumprimentos subscrevendo-me com elevada estima e consideração.

V. N. Famalicão, 15 de Junho de 2011

O Aluno,  
Artur Nuno Sousa Rebelo Oliveira

## ANEXO 2 – Questionário de Caracterização Geral dos Organismos/Serviços/Equipas de IPI (Para Coordenadores)

Este inquérito destina-se a caracterizar todo o tipo de Organismos/Equipas de Intervenção Precoce existentes na NUT III Ave Norte, quer estes dependam de estruturas públicas (Ministério da Educação ou da Segurança Social), quer de IPSS, quer de Cooperativas.

É constituído por perguntas fechadas, questões de resposta múltipla e perguntas abertas. No caso destas últimas, procure não exceder o espaço destinado à resposta.

Dado o âmbito muito variado de Organismos/Equipas de IPI existentes, poderá haver perguntas que não se adequem ao seu em particular. Nesse caso, responda “não se aplica”.

Embora o preenchimento deste inquérito seja pedido aos diretores/coordenadores dos Organismos/Equipas, ele será tanto mais o retrato fiel da nossa situação relativamente à Intervenção Precoce, quanto algumas das questões possam ser respondidas após discussão com toda a equipa.

Nos campos do formulário de tipo texto, com a seguinte apresentação \_\_\_\_\_, pode iniciar a resposta começando simplesmente a escrever; em opções do campo de formulário do tipo “caixa de verificação”, com a seguinte apresentação , coloque o cursor em cima do campo, clique no botão direito do rato, escolha propriedades e em valor predefinido escolha marcado.

Após ter respondido, solicito que devolva o questionário, tão rápido quanto possível, para o seguinte endereço eletrónico **artur.psic1895@gmail.com**. As respostas de cada Organismo ou Equipa de Intervenção Precoce permanecerão **absolutamente confidenciais**.

Caso pretenda algum esclarecimento não hesite em contactar-me:

**Artur Oliveira - 966599227**

Muito grato pela vossa colaboração.

## 1. IDENTIFICAÇÃO

▪ Identificação do Organismo/Serviço/Equipa: \_\_\_\_\_  
 Morada Sede: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Freguesia: \_\_\_\_\_  
 Concelho: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_  
 Telefone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Webpage: \_\_\_\_\_

- Início de Atividade: \_\_\_\_\_
- Entidade(s) Promotora(as): \_\_\_\_\_
- A(s) Entidade(es) Promotora(as) é(são): \_\_\_\_\_

Um Organismo Público	<input type="checkbox"/>
Organismos públicos e privados que se associam	<input type="checkbox"/>
Uma Misericórdia	<input type="checkbox"/>
Uma Cooperativa de Solidariedade Social (Cerci)	<input type="checkbox"/>
Uma Instituição Particular de Solidariedade Social	<input type="checkbox"/>
Uma Organização Privada com Fins Lucrativos (OSFL)	<input type="checkbox"/>
Vários Organismos Públicos que se associam	<input type="checkbox"/>
Outra. Qual? _____	<input type="checkbox"/>

- Missão do Serviço: \_\_\_\_\_
- Filosofia e Princípios do Serviço: \_\_\_\_\_
- Modelo de Intervenção: \_\_\_\_\_
- Tipo de Parcerias (assinale a situação em que se enquadra o organismo/serviço de IP podendo assinalar mais do que uma coluna)

	Educação	Segurança Social	Saúde	Autarquia	OSFL	OCFL	Outra*
Parceria Formal <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parceria Informal <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Especifique? _____							

<sup>1</sup> Com acordo escrito e assinado por representantes legais dos serviços.

<sup>2</sup> Com acordo verbal entre profissionais ou serviços.

- Entidades Financiadoras

Decreto-Lei 291/09 (em conversão, outra) <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/>
Despacho Conjunto 891/99	<input type="checkbox"/>
Acordo Atípico com a Segurança Social	<input type="checkbox"/>
Portaria 1102 de 1997	<input type="checkbox"/>
Programa Ser Criança	<input type="checkbox"/>
Autarquia	<input type="checkbox"/>
Organização Sem Fins Lucrativos	<input type="checkbox"/>
Organização Com Fins Lucrativos	<input type="checkbox"/>
Famílias	<input type="checkbox"/>
Outra. Especifique? _____	<input type="checkbox"/>

## 2. CARATERIZAÇÃO DA EQUIPA

Categoria Profissional (faça referência ao sexo)	Anos de serviço IPI	Relação Laboral com a Entidade Promotora <sup>4</sup>	Horário <sup>5</sup>	Entidade Patronal
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

## 3. POPULAÇÃO ATENDIDA

### 3.1. Critérios de Elegibilidade

- Existem critérios de elegibilidade definidos no Organismo/Equipa de IP?

**SIM**  **NÃO**

<sup>3</sup> Neste caso indique qual a situação atual – fase em que se encontra.

<sup>4</sup> Se é contratado pela entidade promotora, em regime de prestação de serviços, afeto pelas entidades parceiras ou sem vínculo a nenhum parceiro.

<sup>5</sup> Tempo completo ou tempo parcial (indicar n.º de horas por semana).



- Os critérios de elegibilidade estão redigidos?

**SIM**  **NÃO**

Se sim refira onde: Regulamento Interno  Norma própria  Outro documento  (diga qual): \_\_\_\_\_

### 3.2. Critérios de Prioridade

- Existem critérios de prioridade definidos no Organismo/Equipa de IP?

**SIM**  **NÃO**

- Os critérios prioridade estão redigidos?

**SIM**  **NÃO**

Se sim refira onde: Regulamento Interno  Regulamento próprio

Outro documento  (diga qual): \_\_\_\_\_

### 3.3. Atendimento

- Número de crianças/famílias apoiadas neste momento: \_\_\_\_\_
- Número de crianças/famílias em processo de avaliação/admissão: \_\_\_\_\_
- Crianças para além do número previsto/acordo: \_\_\_\_\_
- Crianças sinalizadas, mas que aguardam resposta (lista de espera): \_\_\_\_\_
- N.º de crianças em Transição de Creche para Jardim ou de Jardim para o 1º Ciclo? \_\_\_\_\_

### 3.4. Caracterização das Crianças Apoiadas

(insira, p.f., as linhas que forem necessárias para caracterizar todas as crianças)

Sexo <sup>6</sup>	Idade início do apoio <sup>7</sup>	Idade atual	Diagnóstico	Etiologia <sup>8</sup>	Tipo de Risco <sup>9</sup>
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

<sup>6</sup> M (Masculino) ou F (Feminino).

<sup>7</sup> Em anos e meses.

<sup>8</sup> Pré-Natal, Peri-Natal ou Pós-Natal.

<sup>9</sup> RE (risco estabelecido), RB (risco biológico), RA (risco ambiental), Multi-risco (RE + RA, RB + RA, etc.).

#### 4. CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO DE APOIO

O vosso Organismo/Equipa de IP prevê:	Sim	Não
1. Divulgação do Serviço (brochura informativa, cartazes, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Primeiro contacto (*se sim indique quem está presente no 1º contacto e objetivos deste momento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avaliação do Desenvolvimento/Elegibilidade (*se sim, indique o instrumento usado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Participação dos Pais/Prestador de Cuidados na avaliação da criança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Relatório da Avaliação do Desenvolvimento/Elegibilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Identificação das preocupações, prioridades e recursos das famílias (*metodologia usada, participação dos pais)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Programa Individualizado de Apoio à Família ou Programa Individual de Intervenção Precoce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Metodologia de responsável/coordenador de caso (*se sim indique quais as principais tarefas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Visitas domiciliárias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Reuniões de (Re)Avaliação do Plano/Programa (*se sim, indique qual a periodicidade e quem participa?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Procedimentos relativos à Transição* (se sim, indique as 2 principais atenções nesta tarefa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Relatório de Transição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Supervisão Técnica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Formação Interna em Serviço (*se sim, indique as metodologias usadas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Formação Externa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Reuniões gerais com toda a equipa (*se sim, indique a periodicidade)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Relatório de Atividades do Serviço/Equipa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Especifique (coloque o respetivo n.º e a observação)? \_\_\_\_\_

4.1. Que materiais/instrumentos de avaliação e intervenção estão disponíveis no Organismo/Equipa? \_\_\_\_\_

#### 5. APRECIÇÃO GLOBAL

- Indique três aspetos positivos do Organismo/Equipa de IP, a manter nos próximos anos: \_\_\_\_\_
- Indique três aspetos negativos (ou menos positivos) do Organismo/Equipa de IP, a melhorar nos próximos anos: \_\_\_\_\_

#### 6. NOTAS/OUTRAS OBSERVAÇÕES

- Indique outros aspetos que considere importantes acerca do vosso Organismo/Equipa: \_\_\_\_\_

Muito grato pela vossa colaboração.



## ANEXO 3 – Entrevista/Questionário para Pais

Entrevistador: _____	
Data: ____/____/_____	
Hora Início: ____h ____m	Hora Fim: ____h ____m

### PARTE 1: Dados Gerais

A) *Para começar gostaríamos que nos desse algumas informações sobre si*

**A1) Quantos anos tem?**

Data de nascimento: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ (anos e meses)

**A2) Sexo?**

Masculino

Feminino

**A3) Qual o nível de instrução mais elevado que completou?**

Não sabe ler nem escrever

Menos que a 4ª classe

4ª classe

6º ano (Telescola ou 2º ano do ciclo preparatório)

9º ano (antigo 5º ano)

11º ano (antigo 7º ano)

12º ano (antigo propedêutico)

Bacharelato

Licenciatura

Outro. Qual? \_\_\_\_\_

**A4) Qual é sua situação perante o trabalho?**

Desempregado/a

Doméstico/a

Exerce uma profissão

Reformado/a

Estudante

Cumprir serviço militar obrigatório

Outra situação. Qual? \_\_\_\_\_

**A5) Se tem ou já teve uma profissão, indique-nos qual é ou era a sua situação.**

Trabalhador por conta de outrem

Trabalhador por conta própria

Trabalhador sem salário num negócio familiar

**A6) Em que domínio de atividade trabalha ou trabalhava?**

Agricultura

Construção Civil

Comércio

Distribuição de água, gás ou eletricidade

Indústria

Transportes

Escritórios

Minas e extração

Banca/Seguros

Forças armadas/forças de segurança

Administração pública

Outro. Qual? \_\_\_\_\_

**A7) Se tem ou já teve uma profissão, pode indicá-la e descrevê-la de forma pormenorizada?** (caso o/a entrevistado(a) tenha mais de uma profissão ou emprego indicar apenas a principal, caso seja militar indicar o posto que ocupa) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**B) Gostaríamos agora de lhe colocar algumas questões acerca da sua família:**

**B1) Qual é o seu grau de parentesco face à criança apoiada?**

Pai

Mãe

Avô

Avó

Outro. Qual? \_\_\_\_\_

**B2) Qual é a sua situação familiar?**

Casado/a ou unido de facto (1)

Este é o seu 2º casamento (família reconstituída) (2)

É pai/mãe solteiro/a, viúvo/a ou divorciado/a (família monoparental) (3)

É pai/mãe adotivo/a (família adotiva) (4)

**B3) Quantos irmão tem a criança apoiada?**

\_\_\_\_\_ irmãos.

**C) Relativamente à criança apoiada pelo serviço de Intervenção Precoce**

**C1) Qual é o sexo da criança apoiada?**

Masculino (1)

Feminino (2)

**C2) Qual a data de nascimento da criança apoiada?**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**C3) Qual é, em termos de idade, a posição da criança face aos irmãos?**

É a mais velha (a primeira)

É a segunda

É a terceira

É a quarta

É a quinta

Outra. Qual? \_\_\_\_\_

**C4) Quais são as principais dificuldades da sua criança?**

Não tem dificuldades

Atraso no desenvolvimento global

Dificuldades motoras

Dificuldades visuais

Dificuldades auditivas

Dificuldades na linguagem

Dificuldades múltiplas

Outras. Quais? \_\_\_\_\_

Diagnóstico (caso seja conhecido): \_\_\_\_\_

**D) Relativamente ao Serviço de Intervenção Precoce, pode dizer-nos:**

**D1) Quando é que a criança começou a receber apoio do Serviço de Intervenção**

**Precoce?** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**D2) Qual é a frequência dos contactos com o Serviço de Intervenção Precoce?**

Mais de duas vezes por semana

Duas vezes por semana

Uma vez por semana

Uma vez de duas em duas semanas

Uma vez por mês

Menos de uma vez por mês

**D3) Onde é que a intervenção decorre normalmente?**

Sempre em sua casa

Quase sempre em sua casa e algumas vezes na creche/JI ou sede da equipa de IPI

Quase sempre na creche/JI e algumas vezes na sua casa

Sempre na creche/JI

Alternando em casa e na creche/JI

Sempre na Sede do Serviço/Programa de IP

Alternando em Sede do Serviço/Programa de IP e na sua casa

Alternando em Sede do Serviço/Programa de IP e na creche/JI

Outro qual: \_\_\_\_\_

**PARTE 2: CARATERIZAÇÃO DO APOIO RECEBIDO**

**E) Qual a situação educativa atual?**

Em casa com.....

Em Ama/Creche/Jardim de Infância (especifique desde quando).....

Outra situação (especifique).....

**F) Integração no Programa de Intervenção Precoce (PIP)**

**F1) Como teve conhecimento do PIP?**.....

.....

**F2) Refira o que lhe foi dito sobre o PIP, pelos próprios técnicos do PIP (o que podiam/costumavam fazer com crianças como o seu filho)?**

.....

**F3) Quanto tempo esperou para ter a primeira consulta/entrevista (lista de espera)?**

< 15 dias (1)      < Entre 15 d a 1 mês (2)      1 a 2 meses (3)      2 a 3 meses (4)      > 3 meses(5)

**G) Avaliação no âmbito do PIP**

**G1) Como foi a primeira avaliação do seu filho aqui no PIP?(especificar se havia mais do que um técnico, se a avaliação foi feita em simultâneo ou se cada técnico avaliou a criança/família separadamente)**

.....

**G2) Esteve sempre presente junto dele?**

1. Sim    2. Não

**G3) Os técnicos apresentaram-se (disseram os seus nomes e funções)?**

1. Sim    2. Não

**G4) Sabe que profissões tinham os técnicos que avaliaram a situação?**

1. Sim    2. Não

**G5) Se sim, quais eram?**

1. Médico      2. Enfermeiro      3. Técn.Serv. Social                          4. Psicólogo  
5. Ter. Fala      6. Ter. Ocupacional      7. Fisioterapeuta                          8. Educador especial  
9. Outro (especifique).....

**G6) Onde foi feita a avaliação?**

1. Na sede do PIP                                  2. Em casa                                  3. Na creche/JI  
4. Outro (especifique).....  
5. Em mais do que um contexto      Especifique.....

**G7) O seu filho já voltou a ser avaliado no contexto do PIP?**

1. Sim    2. Não

**G8) Quanto tempo depois da 1ª avaliação (Anos e meses)?.....**



**G9) Quem são os técnicos que o têm avaliado?**

1. Médico      2. Enfermeiro      3. Técn.Serv. Social      4. Psicólogo  
5. Ter. Fala      6. Ter. Ocupacional      7. Fisioterapeuta      8. Educador especial  
9. Outro (especifique).....

**G10. No fim da(s) avaliação(s), como sabe os resultados? Recebeu uma cópia?**

1. Relatório escrito      2. Informação oral      3. Ambos      4. Não sabe  
.....

**H - O Programa de Intervenção Precoce**

**H1) Descreva o tipo de trabalho está a ser feito com o seu filho (serviços que recebe e onde; confirmar se conhecem os objetivos de trabalho com a criança, se os discutiram, se assinaram PEI ou PIAF/PIIP, etc.).....**

**H2) Descreva o tipo de trabalho que está a ser feito consigo (confirmar se conhecem objetivos específicos para a família, se tem cópia do PEI/PIAF ou PIIP)**  
.....

**H3) Acha que este tipo de programa se adapta à sua vida familiar?**

1. Sim      2. Não

**H3.1.) Porquê?.....**

**H4.) Acha que este tipo de programa corresponde ao que desejava para si e para o seu filho?**      1. Sim      2. Não

**H4.1.) Porquê?.....**

**H5) Quem é o técnico que você considera responsável pelo caso do seu filho?**

1. Médico      2. Enfermeiro      3. Técn. Serv. Social      4. Psicólogo  
5. Ter. Fala      6. Ter. Ocupacional      7. Fisioterapeuta      8. Educador especial  
9. Outro (especifique).....

**H6) Antes do inicio do programa foi-lhe pedida a sua opinião sobre:**

Local do apoio:.....

Horário do apoio:.....

Tipo de trabalho que gostava que fizessem com a criança:.....

Aquilo que a família se sentia disposta a fazer com a criança:.....

que considerava mais importante e urgente relativamente à criança:.....

que considerava mais importante e urgente relativamente à sua família:.....

**H7) Já houve algum trabalho a nível domiciliário?**

1. Sim                      2. Não

Idade da criança no início.....                      Idade da criança no fim.....

**H7.1.) Periodicidade**

1. semanal      2. Quinzenal      3. Mensal      4. Trimestral      5. Esporádico

**H8) Atualmente está a ser feito algum trabalho a nível domiciliário?**

1. Sim    2. Não

**H8.1.) Periodicidade**

1. Semanal      2. Quinzenal      3. Mensal      4. Trimestral      5. Esporádico

**H9) Quem tomou a decisão sobre a existência ou não de programa domiciliário?**

1. Foi opção sua  
2. Foi por decisão dos técnicos                      3. Mútuo Acordo

**H10) O seu filho frequenta creche ou jardim de infância?**

1. Sim    2. Não

**H11) As pessoas que estão todos os dias com o seu filho têm alguma orientação dos técnicos do PIP?**

1. Sim    2. Não

**H12) Periodicidade do apoio na Creche/Jardim de Infância?**

1. Semanal      2. Quinzenal      3. Mensal      4. Trimestral      5. Esporádico

**H13) Como é que se mantém informada do programa de apoio do seu filho?**

1. Não está informada do que se passa  
2. Só esporadicamente tem informações através da educadora da sala  
3. Só esporadicamente tem informações através da técnica do PIP  
4. Informalmente vai sendo informada por uma ou por outra  
5. Tem reuniões sistemáticas com educadora da sala + técnica(o)(s) do PIP  
6. Tem reuniões sistemáticas com técnico(s) do PIP

**H14) Se há reuniões periódicas, qual a periodicidade destas reuniões?**

1. Semanal      2. Mensal      3. Trimestral      4. Semestral      5. Anual

**H15) No passado ano lectivo, quantas vezes esteve em reunião formal com a técnica(o)(s) de apoio do PIP (periodicidade/regularidade)?.....**

**H16) Este ano letivo, quantas vezes esteve em reunião formal com a técnica de apoio do PIP (periodicidade/regularidade)?.....**

**H17) O que lhe tem sido dito pelo PIP sobre os progressos verificados desde o início do trabalho em Intervenção Precoce?.....**

**H18) A Intervenção Precoce tornou a família mais competente para ajudar o seu filho(a) a crescer, a aprender e desenvolver-se?.....**

**I - Sigilo sobre a informação**

**I1) Sabe se o PIP tem um processo organizado com toda a informação sobre o seu filho?**

1. Sim                      2. Não

**I2) Já alguma vez consultou esse processo?**

1. Sim                      2. Não

**I2.1.) Porquê?**

1. Porque não pediu?                      2. Porque não pode?

**I3) Já alguma vez lhe perguntaram se podiam partilhar com outros técnicos as informações que constam desse processo?**

1. Sim                      2. Não

Obrigado pela colaboração.

## ANEXO 4 – Questionário de Caracterização dos Programas de Intervenção Precoce (Para Profissionais)

Este inquérito destina-se a todos os técnicos/profissionais que trabalham em Organismos/Equipas de Intervenção Precoce existentes na NUT III Ave Norte. É constituído por perguntas fechadas e abertas.

Nos campos do formulário de tipo texto, com a seguinte apresentação \_\_\_\_\_, pode iniciar a resposta começando simplesmente a escrever; em opções do campo de formulário do tipo “caixa de verificação”, com a seguinte apresentação , coloque o cursor em cima do campo, clique no botão direito do rato, escolha propriedades e em valor predefinido escolha marcado.

Após ter respondido a todas as questões, solicito que devolva o questionário, tão rápido quanto possível, para o seguinte endereço electrónico [artur.psic1895@gmail.com](mailto:artur.psic1895@gmail.com).

As respostas fornecidas visam o presente estudo e académico e permanecerão absolutamente confidenciais.

Aguardando a sua resposta, apresento os meus melhores cumprimentos subscrevendo-me com elevada estima e consideração.

Caso pretenda algum esclarecimento não hesite em contactar-me:

**Artur Oliveira - 966599227**

## QUESTIONÁRIO PARA PROFISSIONAIS

Idade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Habilitações Literárias: \_\_\_\_\_

Tempo de trabalho em IP: \_\_\_\_\_

### 1. Caraterização das Crianças Apoiadas

Sexo <sup>10</sup>	Idade atual <sup>11</sup>	Diagnóstico	Modalidade de Apoio <sup>12</sup>	Periodicidade <sup>13</sup>
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

### 2. Caraterização do Processo

- O que é para si a Intervenção Precoce? \_\_\_\_\_
- No seu Serviço/Programa/Equipa quem realiza o contacto inicial com a criança/Família? \_\_\_\_\_
- Como é realizada a avaliação da criança e família? \_\_\_\_\_
- Que instrumentos são usados? \_\_\_\_\_
- É realizado relatório da avaliação? \_\_\_\_\_ A família tem acesso a uma cópia? \_\_\_\_\_
- É elaborado um PIAF<sup>14</sup>/PIIP<sup>15</sup>/PEI<sup>16</sup> para a criança/família? \_\_\_\_\_
- Como são encontrados os objetivos? \_\_\_\_\_
- Especifique com um exemplo? \_\_\_\_\_

<sup>10</sup> M (Masculino) ou F (Feminino).

<sup>11</sup> Em Anos e Meses.

<sup>12</sup> Domicílio, Ama, Creche, Jardim de Infância, Instituição da Comunidade (dizer qual), ou apoio misto (ex.: Domicílio + Creche, outros).

<sup>13</sup> Semanal (quantas vezes?), Quinzenal, Mensal.

<sup>14</sup> Plano Individualizado de Apoio à Família.

<sup>15</sup> Programa Individualizado de Intervenção Precoce.

<sup>16</sup> Programa Educativo Individualizado.

- É utilizado algum instrumento? \_\_\_\_\_
- A família tem acesso a uma cópia do mesmo do PIAF/PIIP/PEI? \_\_\_\_\_
- Como é avaliado este Programa? \_\_\_\_\_ Com que periodicidade? \_\_\_\_\_
- Quem está presente na Avaliação? \_\_\_\_\_
- Como é realizada a intervenção (aspectos positivos/dificuldades)? \_\_\_\_\_
- Que aspectos considera mais importantes na intervenção? \_\_\_\_\_
- Participam no apoio técnicos de outras instituições ou serviços da comunidade? \_\_\_\_\_
- São realizadas reuniões com a família e técnicos que intervêm na criança/família? \_\_\_\_\_ Com que periodicidade? \_\_\_\_\_
- Como são envolvidos no processo de avaliação e intervenção a família e outros profissionais que intervêm com a criança? \_\_\_\_\_
- Os recursos da comunidade são considerados ao longo do processo de avaliação/intervenção? \_\_\_\_\_ Quais? \_\_\_\_\_
- Realiza visitas domiciliárias? \_\_\_\_\_ Que aspectos considera mais importantes nestas visitas? \_\_\_\_\_
- O que é para si uma intervenção centrada na família? \_\_\_\_\_
- Na sua opinião a Intervenção Precoce é eficaz? \_\_\_\_\_
- Quais as abordagens e estratégias por si usadas que considera ter mais impacto nos resultados para a criança e família? \_\_\_\_\_

### **3. Apreciação global**

- Indique três aspetos positivos do Organismo/Equipa de IP, a manter nos próximos anos:
  1. \_\_\_\_\_
  2. \_\_\_\_\_
  3. \_\_\_\_\_
  
- Indique três aspetos negativos (ou menos positivos) do Organismo/Equipa de IP, a melhorar nos próximos anos:
  1. \_\_\_\_\_
  2. \_\_\_\_\_
  3. \_\_\_\_\_

### **4. Notas/outras observações**

- Indique outros aspetos que considere dignos de nota: \_\_\_\_\_

**Obrigado pela colaboração.**



## ANEXO 5 – Escala de Avaliação do Apoio Social à Família

Carl Dunst, Vicki Jenkins, & Carol M. Trivette (1988)

As pessoas e grupos em baixo discriminados, são frequentemente aqueles que prestam apoio e ajudam, de várias formas, as famílias que têm bebês ou crianças muito pequenas. Com este questionário pedimos-lhe que indique o quanto cada uma dessas pessoas ou desses grupos tem sido prestável para a sua família.

Por favor, faça uma cruz na resposta que melhor descreve o quanto essas pessoas ou grupos têm sido estáveis para a sua família durante os últimos três a seis meses.

Que ajuda lhe têm dado cada uma das seguintes pessoas ou grupos, na tarefa de criar o(s) seu(s) filho(s)	Não disponível	Não ajuda	Por vezes ajuda	Geralmente ajuda	Ajuda muito	Ajuda imenso
1. Os meus pais.	0	1	2	3	4	5
2. Os pais do meu cônjuge (ou companheiro).						
3. Os meus familiares.						
4. Os familiares do meu cônjuge ou companheiro.						
5. O meu cônjuge (ou companheiro).						
6. Os meus amigos.						
7. Os amigos do meu cônjuge (ou companheiro).						
8. Os meus filhos.						
9. Os vizinhos.						
10. Outros pais.						
11. Os colegas do trabalho.						
12. Grupos de pais.						
13. Grupos sociais / clubes.						
14. Membros da igreja / padre.						
15. O médico de família ou da criança.						
16. Programa de Intervenção Precoce.						
17. Creche / Jardim de Infância.						
18. Profissionais (Assistentes Sociais, Terapeutas, Professores, etc.).						
19. Serviços (Saúde, Serviços Sociais, Saúde Mental, etc.).						
20. Outros _____						

Muito obrigado pela sua colaboração!





## ANEXO 6 – Escala de Avaliação da Satisfação das Famílias em Intervenção Precoce (ESFIP)

Gostaríamos agora de saber qual é o seu grau de satisfação face ao programa de intervenção precoce que lhe é prestado. É muito fácil responder às questões que se seguem, para isso terá apenas que optar por uma das quatro possibilidades que lhe vão ser colocadas e que corresponde à sua opinião:

### A. Apoio aos pais

1. A orientação e o apoio que lhe têm sido oferecidos pela intervenção precoce, é no geral:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
2. A intervenção precoce ajudou-o/a a mudar a imagem que tinha do seu filho:	Ajudou Muito	Ajudou	Ajudou Pouco	Não Ajudou
3. O apoio ajudou-o/a a lidar com as suas emoções:	Ajudou Muito	Ajudou	Ajudou Pouco	Não Ajudou
4. A informação sobre as terapias que existem, ajudou-o/a a perceber que tipo de terapia a sua criança precisava:	Ajudou Muito	Ajudou	Ajudou Pouco	Não Ajudou
5. O apoio ajudou-o/a a ver as capacidades e os problemas da sua criança:	Ajudou Muito	Ajudou	Ajudou Pouco	Não Ajudou
6. O apoio ajudou-o/a a sentir-se mais seguro/a no lidar com a sua criança:	Ajudou Muito	Ajudou	Ajudou Pouco	Não Ajudou
7. O apoio ajudou-o/a a ter mais momentos agradáveis com a sua criança:	Ajudou Muito	Ajudou	Ajudou Pouco	Não Ajudou
8. O apoio ajudou-o/a com novas ideias para educar a sua criança no dia a dia:	Ajudou Muito	Ajudou	Ajudou Pouco	Não Ajudou
9. As oportunidades que tem para entrar em contacto com outros pais são:	Muitas	Algumas	Poucas	Nenhumas
10. Os contactos com outros pais estão a ser uma ajuda:	Muito Boa	Boa	Má	Muito Má
11. O serviço informa-o/a do apoio financeiro existente:	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Poucas Vezes	Nunca
12. O serviço informa-o/a das questões administrativas:	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Poucas Vezes	Nunca
13. O serviço informa-o/a dos diferentes serviços existentes para a sua criança:	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Poucas Vezes	Nunca
14. As informações que lhe são fornecidas pelo Serviço IP acerca dos problemas da sua criança, são em geral:	Muito Boas	Boas	Más	Muito Más
15. As possibilidades para as actividades de grupo entre os pais são:	Muito Boas	Boas	Más	Muito Más

## B. Apoio à criança

16. O apoio prestado pelo serviço de IP à sua criança é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
17. O apoio prestado está adaptado às necessidades e à maneira de ser da sua criança:	Muito Adaptado	Adaptado	Pouco Adaptado	Não Adaptado
18. O apoio dado ao seu filho ao nível do desenvolvimento mental (cognitivo) é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
19. O apoio dado ao seu filho ao nível da comunicação é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
20. As sugestões que o serviço lhe tem dado relativamente aos brinquedos e jogos apropriados para o seu filho são:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
21. O apoio dado ao seu filho ao nível do comportamento e do desenvolvimento motor é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
22. A atenção, informação e/ou aconselhamento relativamente às atividades diárias (tomar banho, dormir, ...) do seu filho é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
23. A atenção, informação e/ou aconselhamento relativamente ao desenvolvimento social do seu filho é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
24. A atenção, informação e/ou aconselhamento relativamente à escolha, compra e uso de material adaptado ao seu filho é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
25. As formas e técnicas aconselhadas pelo serviço para resolver problemas comportamentais (recusa em comer, birras, problemas em dormir), do seu filho são:	Muito Boas	Boas	Más	Muito Más
26. As ofertas de atividades de grupo para crianças facultadas pelo serviço são:	Muito Boas	Boas	Más	Muito Más
27. A forma como os técnicos se relacionam com o seu filho é:	Muito Boa	Boa	Má	Muito Má

## C. Ambiente Social

28. Sente que pode falar com os técnicos acerca das questões e reacções dos irmãos da criança:	Sempre	Às Vezes	Poucas Vezes	Nunca
29. No apoio que prestam, os técnicos também estão atentos às necessidades dos irmãos:	Muito Atentos	Atentos	Pouco Atentos	Nada Atentos
30. Pode falar com a técnica acerca de questões e reacções dos seus parentes, amigos e vizinhos:	Sempre	Às Vezes	Poucas Vezes	Nunca

## D. Relação entre pais e profissionais

31. Sente que a técnica de IP o/a compreende:	Muito Bem	Bem	Mal	Muito Mal
32. Os técnicos fazem uma clara distinção entre o apoio que vos prestam e a vossa privacidade:	Sempre	Às Vezes	Poucas Vezes	Nunca

33. Pode colocar aos técnicos as suas dúvidas e críticas relativamente ao apoio que vos é prestado:	Sempre	Às Vezes	Poucas Vezes	Nunca
34. Os técnicos aceitam as suas decisões:	Sempre	Às Vezes	Poucas Vezes	Nunca
35. Sente que as decisões são tomadas por si:	Sempre	Às Vezes	Poucas Vezes	Nunca
36. Os técnicos respondem às suas questões:	Sempre	Às Vezes	Poucas Vezes	Nunca

#### E. Modelo de Apoio

37. Os técnicos respeitam os valores e o estilo de vida da sua família:	Sempre	Às Vezes	Poucas Vezes	Nunca
38. Pensa que o número de técnicos que vos dá apoio é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
39. O apoio exige-lhe tanto tempo no trabalho com o seu filho, que fica com pouco tempo livre para si e para a sua família:	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Poucas Vezes	Nunca
40. Sente que pode colocar as questões que quiser ao técnico:	Sempre	Às Vezes	Poucas Vezes	Nunca
41. Encontra no apoio as ajudas e aspetos que acha importantes para o desenvolvimento do seu filho:	Sempre	Às Vezes	Poucas Vezes	Nunca
42. Sabe aquilo em que o serviço vos pode ajudar e aquilo em que não vos pode ajudar:	Muito Bem	Bem	Mal	Muito Mal
43. A comunicação/cooperação entre o serviço e as outras instituições/técnicos (médicos, terapeutas particulares, ...) é:	Muito Boa	Boa	Má	Muito Má
44. Os relatórios e as avaliações feitas pelos técnicos são:	Muito Bons	Bons	Maus	Muito Maus
45. As suas opiniões e informações são tidas em conta nas avaliações do seu filho:	Sempre	Às Vezes	Poucas Vezes	Nunca
46. Acha que os técnicos conseguem ver o seu filho como um todo apesar de na avaliação existirem várias áreas de desenvolvimento:	Muito Bem	Bem	Mal	Muito Mal
47. A avaliação do desenvolvimento e/ou os relatórios acerca da sua criança referem ou destacam as capacidades do seu filho:	Sempre	Às Vezes	Poucas Vezes	Nunca
48. Confia na competência dos técnicos:	Confio Muito	Confio	Confio Pouco	Não Confio
49. Os técnicos conseguem envolver os serviços locais em resposta às necessidades da sua criança:	Sempre	Às Vezes	Poucas Vezes	Nunca
50. Pensa que o incentivo que vos é dado pelos técnicos para contactarem com outras crianças, é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau

51. Pensa que o apoio, dado pelo serviço, no sentido da integração do seu filho, é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
---	-----------	-----	-----	-----------

#### F. Direitos dos Pais

52. Sabe que em caso de problema pode entrar em contacto com os técnicos:	Sempre	Às Vezes	Poucas Vezes	Nunca
53. Sabe que pode decidir a qualquer momento se quer continuar ou terminar o apoio:	Muito Bem	Bem	Mal	Muito Mal
54. O serviço informa-o/a de todos os seus direitos enquanto pai/mãe de uma criança com problemas de desenvolvimento:	Muito Bem	Bem	Mal	Muito Mal

#### G. Localização e ligações do serviço

55. A maioria das pessoas conhece o serviço de IP e sabe como recorrer a ele:	Conhecem Bem	Conhecem	Mal	Muito Mal
56. É fácil recorrer ao serviço de IP:	Muito Fácil	Fácil	Difícil	Muito Difícil
57. Quanto à flexibilidade este serviço, é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau

#### H. Estrutura e administração do serviço

58. Conhece a estrutura do serviço de IP (diretor(a) e equipa):	Muito Bem	Bem	Mal	Muito Mal
59. Sabe a quem se pode queixar se não estiver a gostar do serviço de IP:	Muito Bem	Bem	Mal	Muito Mal
60. Conhece ou sabe quem são os técnicos que compõe a equipa de IP:	Conheço Bem	Conheço	Conheço Mal	Não Conheço
61. Gostava que os técnicos não mudassem tantas vezes:	Gostava Muito	Gostava	Gostava Pouco	Não Gostava
62. O primeiro contacto com o(s) técnico(s) de IP foi:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
63. Durante a avaliação do seu filho sentiu-se envolvido/a:	Muito Envolvido	Envolvido	Pouco Envolvido	Nada Envolvido
64. O(s) programa(s) ajudam-no a planear o trabalho com a sua criança:	Ajudam Muito	Ajudam	Ajudam Pouco	Não Ajudam
65. Os registos escritos ajudam-no/a a perceber o que tem de fazer, e a compreender o desenvolvimento do seu filho.	Ajudam Muito	Ajudam	Ajudam Pouco	Não Ajudam
66. A IP ajuda-o/a a sentir-se mais confiante para resolver os seus problemas.	Ajudou Muito	Ajudou	Ajudou Pouco	Não Ajudou

## ANEXO 7 – Escala das Práticas Centradas na Família

### Escala das Práticas Centradas na Família (Versão extensa) Carl J. Dunst & Carol M. Trivette

Esta escala inclui uma lista de afirmações que descrevem as diferentes formas que os profissionais utilizam para interagir e tratar com as famílias. Por favor indicar a resposta que melhor descreva como o seu profissional de intervenção precoce interage consigo e o trata como parte do trabalho com o(s) seu(s) filho(s) e família.

Por favor indicar como o responsável de caso interage e trata consigo e com a sua família.	Nunca	muito pouco	algumas vezes	a maioria das vezes	todas as vezes
Ouve realmente as minhas preocupações e pedidos	1	2	3	4	5
Trata-me a mim e a minha família com dignidade e respeito	1	2	3	4	5
Vê o(s) meu(s) filho(s) e família de uma forma positiva e são	1	2	3	4	5
É sensível ao meio cultural e étnico da minha família	1	2	3	4	5
Fornece a informação de que preciso para fazer boas escolhas	1	2	3	4	5
Compreende a minha situação familiar e a do(s) meu(s) filho(s)	1	2	3	4	5
Trabalha comigo e com a minha família de forma flexível e receptiva	1	2	3	4	5
Ajuda-me a ser parte ativa para conseguir os recursos e apoios desejados	1	2	3	4	5
Apresenta-me todas as opções sobre os diferentes tipos de apoios e recursos disponíveis para obter o que a minha família considera importante	1	2	3	4	5
É flexível quando a situação da minha família muda	1	2	3	4	5
Explora as forças e interesses da minha família e filho(s) como forma principal de apoiar a minha família	1	2	3	4	5
Faz o que prometeu fazer	1	2	3	4	5
Trabalha em conjunto comigo e a minha família numa base de confiança e respeito mútuo	1	2	3	4	5
Reconhece as coisas boas que eu faço como mãe/pai	1	2	3	4	5
Ajuda-me a mim e à minha família a alcançar os nossos objetivos e prioridades para o(s) meu(s) filho(s)	1	2	3	4	5
Ajuda-me a aprender coisas nas que tenho interesse	1	2	3	4	5
Apoia-me quando tomo uma decisão	1	2	3	4	5

Copyright 2004. Winterberry Press Reservados todos os direitos

Versão experimental, traduzida e adaptada com a permissão dos autores por Artur Oliveira, Maio de 2011.



## ANEXO 8 – Checklist das Práticas Centradas na Família

A Checklist de Práticas Centradas na Família é usada para determinar até que ponto é que o profissional aplica as práticas de ajuda centradas na família. A checklist inclui itens baseados nas características das práticas eficazes de ajuda centradas na família, e capta comportamentos de ajuda relacional e participativa (Trivette & Dunst, 1998, cit in Wilson & Dunst, 2005). As práticas de ajuda relacional incluem as aptidões interpessoais do profissional com as famílias e as atitudes e crenças do primeiro em relação às aptidões e capacidade da família para se tornarem mais competentes. As práticas de ajuda participativa incluem os comportamentos do profissional que promovem a acção e a escolha familiares, bem como as práticas do primeiro que sejam flexíveis e responsivas aos interesses e prioridades da família.

Cada item é avaliado de acordo com a seguinte escala:

- 1..... Sim, a Prática foi usada
- 2..... A Prática foi parcialmente/por vezes usada
- 3..... A prática não foi usada, Oportunidade não conseguida
- 4..... Não Disponível, Ausência de Oportunidade de Observação

Por favor, leia com atenção cada frase, reflecta e situe-se com o máximo de sinceridade, em relação à globalidade das famílias que apoia, inserindo o número da resposta na secção Escala. Na secção Exemplo/Comentário pode registar um comportamento observado, exemplo ou comentário se achar oportuno.

Após ter respondido a todas as questões, solicito que devolva, juntamente com o questionário, a checklist de práticas centradas na família, tão rápido quanto possível, para o seguinte endereço electrónico [artur.psic1895@gmail.com](mailto:artur.psic1895@gmail.com).

Wilson, L.L. & Dunst, C.J. (2005). Checklist for Assessing Adherence for Family-Centered Practices. *CASEtools*, 1(1), 1-6. Retirado em 15 de Setembro de 2010 de [http://fippcase.org/casetools/casetools\\_vol1\\_no1.pdf](http://fippcase.org/casetools/casetools_vol1_no1.pdf).



*Checklist de Práticas Centradas na Família (Wilson & Dunst, 2005)*

Escala de Avaliação		1 = Sim, a prática foi usada 2 = A prática foi parcialmente /às vezes usada 3 = A prática não foi usada, oportunidade não conseguida 4 = Não disponível/Ausência de oportunidade de observação		
		De que forma é que cada prática foi utilizada?	Escala	Exemplo/Comentário
<b>PRÁTICAS</b>	Competências Interpessoais	Comunica informação clara e completa de uma forma que vai ao encontro do estilo e do seu nível de compreensão		
		Interage com a família de uma forma carinhosa e simpática.		
		Trata a família com dignidade e respeito e sem fazer julgamentos.		
	Atitudes Baseadas em Benefícios	Comunica com e sobre a família de uma forma positiva.		
		Honra e respeita os valores e crenças culturais e pessoais da família.		
		Concentra-se nos pontos fortes e nos valores de cada indivíduo e família.		
		Reconhece as capacidades da família em obter os resultados desejados.		
	Acções e Escolha da Família	Trabalha em parceria com pais/membros da família em identificar e dar resposta aos desejos identificados pela família.		
		Encoraja e apoia a família em tomar decisões e avaliar os melhores recursos para alcançar resultados desejados.		
		Procura e promove a participação contínua dos pais/família e uma participação ativa em relação aos resultados desejados.		
		Encoraja e apoia a família a utilizar os pontos fortes e benefícios existentes como forma de alcançar os resultados desejados.		
		Providencia à família oportunidades participativas para aprender e desenvolver novas competências.		
	Capacidade de Resposta do Profissional	Dá apoio à família para encontrar soluções e obter os resultados desejados que incluem uma grande variedade de apoios e recursos da família e da comunidade.		
		Apoia e respeita as decisões dos membros das famílias.		
		Trabalha com a família de uma forma flexível e individualizada.		
		Oferece ajuda que responda e vá de encontro aos interesses e prioridades da família.		
		Apoia a família com uma abordagem planeada e positiva para alcançar os resultados positivos.		

Copyright © 2005 • Center for the Advanced Study of Excellence in Early Childhood and Family Support Practices

Versão experimental, traduzida e adaptada com a permissão dos autores por Artur Oliveira, Maio de 2011.

**ANEXO 9 – Carta enviada à Sub-Comissão de Coordenação  
Regional do SNIPI - Norte**

Direcção Regional de Educação do Norte  
A/C Subcomissão de Coordenação Regional  
do SNIPI – Norte  
Rua António Carneiro  
4349-003 PORTO

Assunto: **PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO**

Ex.mas Senhoras,

Bem hajam! Os meus cumprimentos!

O meu nome é Artur Oliveira, sou aluno do 2º ano do Mestrado em Educação Especial – Área de Especialização em Intervenção Precoce na Universidade do Minho (Instituto da Educação) e, no âmbito da minha Dissertação, sob a orientação da Prof. Doutora Ana Maria Serrano (ver Declaração em anexo), encontro-me a desenvolver um projecto de investigação com o tema “Identificação e Análise dos Projectos de Intervenção Precoce na NUT III Norte Ave” (Nomenclatura Comum das Unidades Territoriais Estatísticas – Decreto-Lei 244/2002 - o Ave é uma sub-região estatística portuguesa, parte da Região Norte; é constituída pelos 8 municípios do sul do Distrito de Braga - Vila Nova de Famalicão, Guimarães, Vizela, Fafe, Cabeceiras de Basto, Mondim de Basto, Póvoa do Lanhoso, Vieira do Minho).

Em linhas gerais, pretendemos com esta investigação caracterizar os programas e estudar as práticas de intervenção precoce nos quais analisamos as perspectivas de todos os intervenientes no processo. Em termos práticos o trabalho implicará entrevistas e/ou questionários com os directores/coordenadores das equipas, docentes e técnicos que intervêm com crianças até aos 6 anos e às famílias apoiadas/encarregados de educação.

Esperamos que este trabalho possa servir de referência na análise das práticas desenvolvidas na NUT III Norte Ave contribuindo deste modo para uma melhor compreensão dos aspectos positivos e das fragilidades dessas práticas e, consequentemente, para a promoção da sua qualidade.

Para a realização desta investigação é fundamental o apoio da Subcomissão de Coordenação Regional do SNIPI - Norte e a colaboração dos Agrupamentos Referência para a Intervenção Precoce e das Equipas Locais, visto que os dados necessários só poderão ser fornecidos por estas Organizações/Equipas.

Assim, solicito a aprovação da realização deste Estudo e a passagem de Declaração que possa apresentar junto das referidas Organizações e impulsionar o necessário levantamento de dados que gostaria de iniciar já no início de Junho.

Agradeço a atenção dispensada, solicitando mais uma vez a sua imprescindível colaboração neste projecto, cujo êxito dependerá grandemente da Vossa contribuição. Deixo os meus contactos para a eventualidade de um contacto mais rápido ou de algum esclarecimento ou informação adicional que julguem necessário (telemóvel 96 6599227 ou e-mail [psic.arturoliveira@hotmail.com](mailto:psic.arturoliveira@hotmail.com)).

Aguardando a Vossa resposta, apresentamos os nossos melhores cumprimentos subscrevendo-nos com elevada estima e consideração.

V. N. Famalicão, 25 de Maio de 2011

O Aluno,

---

Artur Nuno Sousa Rebelo Oliveira

1 Anexo: Declaração da Universidade do Minho.

## ANEXO 10 – Carta às Famílias e Contentimento Informado

V. N. Famalicão, 28 de Junho de 2011

Estimada Família:

O meu nome é Artur Oliveira, sou aluno do 2º ano do Mestrado em Educação Especial – Área de Especialização em Intervenção Precoce na Universidade do Minho e, no âmbito da minha Dissertação, encontro-me a desenvolver um projeto de investigação com o tema “Identificação e Análise dos Projetos de Intervenção Precoce na NUT III Norte Ave”. Esperamos que este trabalho possa servir de referência na análise das práticas desenvolvidas pelos Programas de Intervenção Precoce contribuindo deste modo para uma melhor compreensão dos aspetos positivos e das fragilidades dessas práticas e, conseqüentemente, para a promoção da sua qualidade.

Para a realização desta investigação é fundamental a sua colaboração, visto que os dados necessários só poderão ser fornecidos por vocês. Assim, solicito a vossa disponibilidade para uma **Entrevista** que tem a duração de cerca de **45 a 60 minutos**.

As respostas fornecidas visam o presente estudo académico e são **absolutamente confidenciais**, pelo que não existirá qualquer tipo de implicações na relação que é estabelecida entre a vossa famílias e os técnicos que vos apoiam. Terminaria, desta forma, por agradecer a vossa colaboração, garantindo-vos que ninguém a não ser a pessoa responsável pelo estudo, terá acesso às vossas respostas e que os vossos nomes não serão incluídos neste estudo.

Agradeço a atenção dispensada, solicitando mais uma vez a sua imprescindível colaboração neste projeto, cujo êxito dependerá grandemente da sua contribuição. O(A) Cordenador(a) do Programa de Intervenção Precoce efetuará a ponte entre nós para a marcação do dia e hora da entrevista. Se preferir pode deixar o contacto e/ou morada que entrarei em contacto para a marcação da entrevista.....  
.....

O Aluno,

Artur Nuno Sousa Rebelo Oliveira

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, abaixo assinado, declaro que aceito participar neste Estudo do Aluno Artur Nuno Sousa Rebelo Oliveira e que autorizo a utilização dos dados recolhidos na entrevista para os fins académicos propostos.

Declaro igualmente que fui(fomos) informada(o)(os) que as respostas fornecidas visam o presente estudo académico e são **absolutamente confidenciais**, pelo que não existirá qualquer tipo de implicações na relação que é estabelecida entre a nossa famílias e os técnicos que nos apoiam, bem como que ninguém a não ser a pessoa responsável pelo estudo, terá acesso às nossas respostas e que os nossos nomes não serão incluídos neste estudo.

---

(Assinatura)

## ANEXO 11 – Autorização da Winteberry Press

### NON-COMMERCIAL COPYRIGHT LICENSE AGREEMENT

This Agreement made the 1st day of September, 2011, by and between Smoky Mountain Research Institute, Inc. d/b/a Winterberry Press (“Licensor”) and Artur Oliveira (“Licensee”).

THE LICENSOR AND LICENSEE AGREE THAT:

#### 1. Rights Granted

The Licensor grants to the Licensee for the full term of this Agreement the non-exclusive right to copy the content described as: The Family Centered Practices Scale” (Extended Version) (Carl Dunst & Carol Trivette, 2004), “The Family Centered Practices Checklist” (Linda L. Wilson & Carl Dunst, 2005), Psychometric qualities of “The Family Centered Practices Scale” (Extended Version) (Carl Dunst & Carol Trivette, 2004); Published by Smoky Mountain Research Institute, Inc. d/b/a Winterberry Press (hereinafter called “Licensed Material”) for incorporation into: Student Thesis;

(hereinafter called the “Work”) and to reproduce and distribute the Licensed Material through the following outlet(s): Internal Academic distribution to fulfill degree requirements.

The rights granted under this Agreement shall be granted worldwide (the “Territory”).

#### 2. Licensee’s Rights and Obligations

Licensee shall be solely responsible for providing all funding and technical expertise for the development and marketing of the Work. Licensee shall be the sole owner of the Work and all proprietary rights in and to the Work; except, such ownership shall not include ownership of the copyright in and to the Licensed Material or any other rights to the Licensed Material not specifically granted in Section 1 above. Licensee will also provide Licensor with a complete copy of final thesis and unlocked MS word or Adobe PDF versions of all translations as well as a description in English of any modifications made.

#### 3. Fees

Licensor shall waive any license fee for approved, academic use. Transfer or any other use of copyright licences will require a review prior to such use. Licensee agrees to allow licensor to distribute all translated materials at their discretion.

#### 4. Credit & Samples

All versions of the Work that include the Licensed Material shall contain complete credit with the Licensed Material the following legible content: The Family Centered Practices Scale” (Extended Version) (Carl Dunst & Carol Trivette, 2004), Psychometric qualities of “The Family Centered Practices Scale” (Extended Version) (Carl Dunst & Carol Trivette, 2004 and “The Family Centered Practices Checklist” (Linda L. Wilson & Carl Dunst, 2005) provided courtesy of the Winterberry Press [www.WBPress.com](http://www.WBPress.com). This will be included in the footnote for the material and in publication credits. Upon publication, Licensee shall furnish one copy of the complete Work to Licensor. The preferred format for all samples is unlocked Acrobat PDF.

#### 5. Specific Restrictions on Use of Licensed Material

Licensed Material is solely for the use of the Licensee. Licensee shall not modify, copy, distribute, transmit, display, perform, reproduce, publish, license, create derivative works from, sublicense, transfer, assign, rent, sell or otherwise convey Licensed Material obtained from Licensor in any way not specifically granted in Section 1 above without the prior written consent from Licensor. Licensee shall not remove, obscure or modify any copyright or other notices included in the Licensed Material. Licensee shall not use Licensed Material for any purpose that is unlawful or prohibited by these Terms of Use. Other than as specifically permitted in this Agreement, Licensee shall not use the Licensed Material for any commercial purpose, including but not limited to the sale of the Licensed Material.

**6. Governing Law and Forum**

This Agreement shall be governed according to the laws of the State of North Carolina U.S.A, International Copyright agreements and all other applicable laws, applicable to agreements made and to be wholly performed therein.

**7. Assignment and Transfer**

The Licensee may not assign, directly or indirectly, all or part of its rights or obligations under this Agreement without the prior written consent of the Licensor, which consent shall not be unreasonably withheld or delayed.

IN WITNESS WHEREOF, the parties have duly executed this Agreement as of the date first written above.

Licensor:

Smoky Mountain Research Institute, Inc.  
dba Winterberry Press  
Address: 128 S. Sterling St. Morganton, NC 28655-3473  
FAX: 828-255-9035

Licensee:

Artur Nuno Sousa Rebelo Oliveira  
Address: Rua João Paulo II, Nº 43  
4770-770 VERMOIM VNF  
PORTUGAL  
Telephone: (+351 966599227).  
E-MAIL: arturoliveira@hotmail.com  
School address: Universidade do Minho - Instituto de Educação  
Campus de Gualtar  
4710-057 BRAGA  
PORTUGAL  
Telephone: +351 6012342  
E-mail: sec@ie.uminho.pt

By signing this document I agree to and accept all above conditions.

Signature: Artur Oliveira

Date: 09-09-2011

For Licensor: Bruce Baughman  
Bruce Baughman  
General Manager  
Winterberry Press  
8 Elk Mountain Rd  
Asheville, NC 28804

ANEXO 12 – Autorização do Family, Infant and Preschool Program  
(FIPP)



Family, Infant and  
Preschool Program

J. Iverson Riddle  
Developmental Center  
300 Enola Road  
Morganton, NC 28655

August 26, 2011

Artur Nuno Sousa Rebelo Oliveira  
Early Intervention Specialized Psychologist  
Minho's University  
Braga, Portugal

Dear Artur Oliveira,

My name is M'Lisa L. Shelden. I serve as the Director of the Family, Infant and Preschool Program (FIPP) in Morganton, North Carolina, USA. I am writing this letter in response to your request to adapt one of our FIPP tools for use in your research for your thesis in pursuit of a master's degree in special education with a specialization in early intervention.

This letter serves as my approval of your request to translate and adapt the following tool for use in your research:

Checklist for Assessing Adherence to Family-Centered Practices

*Linda L. Wilson, M.A. & Carl J. Dunst, Ph.D.*

*CASEtools, Vol. 1, Number 1*

The appropriate reference citation for this tool is as follows (APA style):

Wilson, L. L., & Dunst, C. J. (2005). Checklist for assessing adherence to family-centered practices, *CASEtools, 1*,(1), 1-6. Available at [http://fipp.org/Collateral/casetools/casetools\\_vol1\\_no1.pdf](http://fipp.org/Collateral/casetools/casetools_vol1_no1.pdf).

Thank you for your interest and support of our work here at FIPP. Please keep me informed of your progress.

Sincerely,

M'Lisa L. Shelden, PT, PhD  
Director  
Family, Infant and Preschool Program  
300 Enola Road  
Morganton, NC 28655  
Mlisa.shelden@dhhs.nc.gov

828.433.2661 • 800.822.3477

J . I v e r s o n R i d d l e D e v e l o p m e n t a l C e n t e r





ANEXO 13 - Quadro 104. *Correlações de Pearson entre ESFIP, EAASF e EPCF*

	ESFIP1	ESFIP2	ESFIP3	ESFIP4	ESFIP5	ESFIP6	ESFIP7	ESFIP8	EAAS Q	EAAS UT	EAAS IF	EAAS INFI	EAAS ING	EAAS FP	EAAS FS	Total RI	Total RF	EPCF PR	EPCF PP
Apoio pais	1	,678**	,272*	,483**	,581**	,409**	,421**	,573**	-,282*	,178	,149	,149	-,177	,306*	,052	,138	,198	,297*	,375**
Apoio criança		1	,213	,534**	,756***	,553**	,388**	,652**	-,373**	,015	-,085	,159	-,234	,091	,041	-,022	,075	,547**	,517**
Ambiente social			1	,172	,210	,302*	-,040	,207	-,172	,047	-,078	,179	,026	,204	,050	,042	,141	,108	,021
Relação pais profissionais				1	,656**	,577**	,318*	,508**	-,228	,244	,234	,338*	-,055	,109	-,042	,311*	,033	,530**	,363**
Modelo apoio					1	,609**	,457**	,694***	-,162	,178	,092	,257	,001	,115	,052	,188	,094	,420**	,443**
Direitos pais						1	,334*	,536**	-,139	,173	,143	,211	-,005	,153	-,030	,198	,064	,445**	,327*
Localização ligações serviço							1	,567**	-,034	,165	,132	,217	,060	-,013	,015	,206	,002	,175	,298*
Estrutura admin. Serviço								1	-,174	,238	,212	,307*	-,094	,155	-,061	,274*	,046	,415**	,374**
FSS Quantidade									1	,466**	,381**	,270*	,674**	,129	,140	,514**	,156	-,155	-,069
FSS Utilidade										1	,776***	,660**	,380**	,644**	,425**	,911***	,611**	,043	,090
FSS Informal Familiar											1	,256	,218	,291*	,103	,827***	,221	,085	,099
FSS Informal Não Familiar Individual												1	,323*	,339*	,046	,726***	,212	,021	,147
FSS Informal Não Familiar Grupo													1	,125	-,048	,496**	,038	-,201	-,077
FSS Formal Profissional														1	,486**	,384**	,841***	,067	,006
FSS Formal Serviços															1	,082	,881***	,087	,023
Rede Informal																1	,258	,028	,122
Rede Formal																	1	,090	,017
EPCF Práticas Relacionais																		1	,861***
EPCF Práticas Participativas																			1

\*p<0.05;\*\*p<0.01;\*\*\*p<0.001