Universidade do Minho
Instituto de Educação

Lara Daniela Almeida Araújo

Análise da Utilização das Práticas Centradas na Família pelos Terapeutas da Fala

dezembro de 2021

Análise da Utilização das Práticas Centradas na Família pelos Terapeutas da Fala
Lara Daniela Almeida Araújo
Uminho | 2021

Universidade do Minho
Instituto de Educação

Lara Daniela Almeida Araújo

Análise da Utilização das Práticas Centradas na Família pelos Terapeutas da Fala

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

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Ana Maria Serrano

dezembro de 2021

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.



Atribuição-CompartilhaIgual

CC BY-SA

https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/

AGRADECIMENTOS

A concretização desta dissertação de mestrado, representa a materialização de um dos meus sonhos. Um sonho que reflete o culminar de um caminho, de metamorfose, onde a dedicação, o esfoço e o empenho, tornaram possível a chegada. Contudo, esta travessia apenas se concretizou pelo facto de, ao longo deste percurso, terem permanecido várias pessoas e de me ter cruzado com tantas outras que, nas suas diferentes formas, plantaram em mim valiosas sementes que germinaram e deram fruto. A elas, quero aqui deixar o meu agradecimento público.

À minha orientadora, Professora Doutora Ana Maria Serrano, tanto pelo modo como me aconselhou e incentivou como pela forma que partilhou os seus conhecimentos, demonstrando que quando existe uma verdadeira sinergia entre sabedoria e humanidade, a probabilidade do outro absorver, guardar e reproduzir as aprendizagens efetuadas é muito maior. Obrigada pelo que me transmitiu neste meu trajeto pela Intervenção Precoce na Infância.

Às minhas amigas e a todas as pessoas especiais que passaram e/ou permanecem na minha vida, pelo apoio constante e pelas palavras assertivas que me fizeram acreditar e me impulsionaram a ser e a fazer melhor, permitindo que concretizasse um dos meus grandes objetivos. Ser-lhes-ei sempre grata.

À minha família, por desde sempre acreditar em mim e no meu potencial. Quando se cresce a ouvir "o saber não ocupa lugar", desde cedo percebemos qual a melhor e mais valiosa bagagem. Devo-lhes tudo aquilo que sou.

Por fim, o meu profundo agradecimento ao meu namorado por ter sido, uma vez mais, um verdadeiro companheiro de jornada. O seu incondicional apoio, a vários níveis, e a compreensão que sempre demonstrou perante os meus imensos momentos de indisponibilidade, ditaram grande parte do sucesso desta viagem.

A TODOS VOCÊS, A MINHA IMENSA GRATIDÃO!

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração da presente dissertação de mestrando, certificando que não recorri à prática de plágio nem a qualquer utilização indevida de informações ou falsificação de resultados, em nenhuma das etapas constituintes deste trabalho.

Mais declaro, que conheço e respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO DAS PRÁTICAS CENTRADAS NA FAMÍLIA PELOS TERAPEUTAS DA FALA

RESUMO

O impacto da investigação e dos progressos científicos, realizados nas últimas décadas, permitiu que a concetualização e a operacionalização dos modelos e práticas em Intervenção Precoce na Infância sofressem uma evolução considerável, com repercussões inquestionavelmente positivas na implementação da abordagem centrada na família.

As práticas subjacentes a esta abordagem, denominam-se de práticas centradas na família e têm como objetivo primordial capacitar a família, reconhecendo-lhe o papel central em todo o processo de intervenção.

Todavia, a mudança para uma abordagem centrada na família e a implementação destas práticas tem-se revelado um caminho árduo, não só por exigir que se abandone o tradicional modelo clínico, mas também por obrigar a uma mudança de paradigma.

Neste sentido, o presente projeto de investigação tem por objetivo analisar a frequência de utilização das práticas centradas na família pelos terapeutas da fala, afetos ou não a projetos públicos de Intervenção Precoce. A partir do questionário *online* e anónimo, obtiveram-se 64 respostas que foram submetidas a uma análise quantitativa de caráter correlacional.

Os resultados gerais do nosso estudo permitem-nos concluir que os terapeutas da fala, que compõem a nossa amostra, reportam utilizar as práticas centradas na família, no entanto, é também evidente que parece haver uma falta de clarificação acerca das especificidades que distinguem as práticas centradas na família de outras práticas utilizadas pelos profissionais, muito em parte pela escassez de formação especializada a este nível.

Impõem-se, deste modo, a necessidade de se investir, desde a licenciatura, na formação e no desenvolvimento de competências que permitam aos terapeutas da fala, profissionais habilitados a trabalhar com crianças dos 0 aos 6 anos, a adoção, consciente, destas práticas que estão associadas a um aumento da probabilidade da intervenção ter sucesso, e, acima de tudo, ao empoderamento daquele que será, sempre, o contexto basilar do desenvolvimento da criança: A FAMÍLIA.

Palavras-chave: Abordagem Centrada na Família; Intervenção Precoce na Infância; Práticas Centradas na Família; Terapeutas da Fala.

ANALYSIS OF THE USE FAMILY-CENTERED PRACTICES BY SPEECH THERAPISTS

ABSTRACT

The impact of the investigation and of the scientific progress, made in recent decades, allowed the conceptualization and operationalization of models and practices on Early Childhood Intervention and suffered a considerable evolution, with unquestionably positive repercussions in the implementation of the family centered approach.

The underlying practices to this approach are named family centered practices and have as fundamental goal to empower the family and acknowledge their central role in the process of intervention.

However, a change in the approach centered in the family and the implementation of this practices has revealed to be a demanding path, not only for requesting the abandonment of the traditional clinical model, but also for enforcing a paradigm change.

Thus, the following investigation project has the goal to analyze the frequency of the use of practices centered in the family through speech therapists, affected or not to publics projects of Early Intervention. We obtained sixty-four answers from an anonymous online questionnaire, that was submitted to a quantitative analysis of correlational character.

The general results from our study allowed us to conclude that speech therapists, that comprises our sample, reported having used practices centered in the family. Nevertheless, it is also clear the lack of clarification about specificities that distinguish family centered practices from others used by the professionals, due to the lack of specialized training in this level.

It Is essential, therefore, the necessity to invest, from graduation, in the training and skills development that allow speech therapists, certified professionals to work with children from 0 to 6 years old of age, a conscious adoption of these practices associated to an increase in the probability to successful intervention and above all the empowerment of those who will always be crucial in the context of the child: THE FAMILY.

Key-words: Early Intervention in Childhood; Family Centered Approach; Family Centered Practices Approaches; Speech Therapists

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS ..... **iii**

RESUMO ..... **v**

ABSTRACT ..... **vi**

Introdução **1**

1. Enquadramento Teórico **4**

1.1. Breve perspetiva histórica da criança e da sua família em intervenção precoce na infância 4

1.1.1. Dos Estados Unidos da América a Portugal 4

1.2. A importância de se intervir precocemente 13

1.3. Modelos teóricos referencias dos programas de IP 15

1.3.2. Modelo Transacional de Sameroff & Chandler (1975) 19

1.3.3. Modelo Integrado de Intervenção Precoce de Dunst (2000) 22

1.3.4. Modelo de Desenvolvimento Sistémico para a Intervenção Precoce de Guralnick (2005, 2011) 26

1.4. Conceito de abordagem centrada na família 28

1.4.1. Princípios que sustentam as práticas centradas na família 31

1.5. A Terapia da Fala e a IPI 36

2. Metodologia de Investigação **40**

2.1. Formulação do problema/questões de investigação 40

2.2. Importância do estudo 40

2.3. Finalidade e objetivos do estudo 41

2.4. Desenho da investigação 43

2.5. Caracterização da amostra 43

2.6. Método de Amostragem 43

2.7. Instrumento de recolha de dados 44

2.7.1. Parte 1 – Questionário sociodemográfico e profissional 44

2.7.2. Parte 2 – Perceção dos terapeutas da fala sobre as práticas centradas na família 45

2.7.3. Parte 3 – Perceção dos terapeutas da fala sobre o conceito de abordagem centrada na família 46

2.8. Variáveis do estudo 46

2.9. Procedimentos de recolha de dados 46

2.10. Procedimentos de tratamento de dados 48

3. Apresentação dos Dados e Resultados 50

3.1. Estatística descritiva dos resultados obtidos através da Parte 1- Questionário sociodemográfico e profissional 50

3.1.1. Caracterização da amostra em função da variável ano de conclusão da formação inicial em terapia da fala 50

3.1.2. Caracterização da amostra em função da variável anos de experiência a trabalhar com crianças dos 0 aos 6 anos de idade e suas famílias 51

3.1.3. Caracterização da amostra em função da variável formação especializada 51

3.1.4 Caracterização da amostra em função da variável local de trabalho 54

3.1.5. Caracterização da amostra em função da variável trabalho ou já trabalhei em contexto de ELI 55

3.2. Propriedades Psicométricas da Parte 2 do Questionário - Perceção dos TF's sobre as PCF 56

3.3. Estatística descritiva dos resultados obtidos através da Parte 2 do Questionário - Perceção dos TF's sobre as PCF 56

3.4. Estatística descritiva dos resultados obtidos através da Parte 3 do Questionário - Perceção dos TF's sobre o conceito de abordagem centrada na família 61

3.5. Resultados obtidos através da estatística inferencial tendo em conta as hipóteses formuladas nesta investigação 62

3.5.1. H_1 - Existe correlação entre os anos de experiência a trabalhar com crianças entre os 0 e os 6 anos de idade e a frequência com que os TF's reportam utilizar as PCF 63

3.5.2. H_2 - Os TF's que apresentam alguma formação especializada, reportam uma maior frequência de utilização das PCF do que os restantes que não referem ter qualquer formação especializada. 64

3.5.3. H_3 –Os TF's que exercem ou já exerceram em contexto de ELI, reportam uma maior frequência de utilização das PCF do que os restantes que nunca exerceram em ELI. 66

3.5.4. H4 – Os TF's que selecionam a opção que melhor caracteriza o conceito de abordagem centrada na família são os que reportam uma maior frequência de utilização das PCF 68

4. Discussão dos Resultados 71

4.1. Discussão dos resultados considerando-se as hipóteses definidas 71

4.1.1. H_1 - Existe correlação entre os anos de experiência a trabalhar com crianças entre os 0 e os 6 anos de idade e a frequência com que os TF's reportam utilizar as PCF 71

4.1.2. H_2 - Os TF's que apresentam alguma formação especializada, reportam uma maior frequência de utilização das PCF do que os restantes que não referem ter qualquer formação especializada. 72

4.1.3. H_3 - Os TF's que exercem ou já exerceram em contexto de ELI, reportam uma maior frequência de utilização das PCF do que os restantes que nunca exerceram em ELI. 74

4.1.4. H_4 - Os TF's que selecionam a opção que melhor caracteriza o conceito de abordagem centrada na família são os que reportam uma maior frequência de utilização das PCF 75

5. Conclusões, Limitações e Recomendações 78

Referências Bibliográficas 83

ANEXOS 91

ANEXO A: Questionário 92

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 19
Figura 2 20
Figura 3 21
Figura 4 23
Figura 5 24
Figura 6 27

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 7
Quadro 2 12
Quadro 3 17
Quadro 4 30
Quadro 5 32
Quadro 6 42
Quadro 7 44

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 50
Tabela 2 51
Tabela 3 52
Tabela 4 52
Tabela 5 53
Tabela 6 54
Tabela 7 55
Tabela 8 56
Tabela 9 57
Tabela 10 59
Tabela 11 60
Tabela 12 61
Tabela 13 62
Tabela 14 63

Tabela 15 64
Tabela 16 65
Tabela 17 66
Tabela 18 67
Tabela 19 67
Tabela 20 69
Tabela 21 70

Introdução

Ao longo da minha prática profissional, enquanto terapeuta da fala, tenho vindo a constatar que quando os pais/famílias são encorajados a participar, mais ativamente, em todo o processo de intervenção as crianças conseguem alcançar de forma mais eficaz os objetivos terapêuticos inicialmente delineados e, como tal, obter um melhor resultado, num menor espaço de tempo. No decorrer das aulas do Mestrado em Educação Especial, área de Especialização em Intervenção Precoce, a minha sede por aprofundar a temática das práticas centradas na família aumentou e, com ela, cresceu, igualmente, a minha motivação para procurar dar resposta a questões como: "O que entendem os terapeutas da fala pelo conceito de práticas centradas na família? "; "Aplicam as práticas recomendadas em Intervenção Precoce na Infância?"; "Do ponto de vista dos terapeutas da fala que impacto tem estas práticas no seu trabalho junto das crianças e famílias?"; "Este tema é abordado nos cursos de formação dos terapeutas da fala?", o que conduziu, por conseguinte, à realização desta proposta de dissertação.

Vários são os estudos que comprovam a importância de se envolver os pais/cuidadores na intervenção e desta não se centralizar, apenas, na criança e na sua problemática. De facto, o acompanhamento especializado constitui uma das condições essenciais para proporcionar à criança o apoio necessário para a minimização dos efeitos ou superação das suas dificuldades, contudo, considerar a criança como único foco de atenção, neste processo, seria desprezar o papel dos ambientes sociais em que ela está inserida e dos interlocutores com quem estabelece vínculo comunicativo e, de certa forma, reduzir as possibilidades de aprendizagem da criança (Souza & Lopes, 2015). De acordo com, Abbud e Santos (2002), os profissionais que trabalham com as dificuldades de comunicação e aprendizagem, deverão compreender a estrutura familiar na qual a criança está inserida e procurar fazer um trabalho não só com a criança, mas também com a sua família, para que esta, compreendendo o significado das dificuldades e das questões interferentes, possa participar e colaborar de maneira mais efetiva no processo de desenvolvimento do/a seu/a filho/a. Ainda segundo estes autores, quanto mais a família valorizar, compreender e participar na elaboração dos objetivos estabelecidos, maior será o interesse da criança pelo conhecimento e, por conseguinte, mais eficiente será o trabalho desenvolvido.

É a partir desta mútua confiança e com a certeza de que as partes envolvidas – família, criança e profissionais – estejam comprometidas com o processo de intervenção que se estabelecerá o vínculo, essencial ao sucesso da terapia.

Todavia, para que se efetive uma abordagem centrada na família torna-se imperativo que os profissionais detenham os conhecimentos suficientes para que se desprendam da ideia de "peritos" e de titulares de todas as decisões. Abandonar o modelo médico, ainda tão presente no atendimento clínico-terapêutico, torna-se, portanto, essencial para que "degrau-a-degrau" a FAMÍLIA caminhe, cada vez mais, ao lado dos profissionais.

Posto isto, "será que os terapeutas da fala, em Portugal, estão familiarizados com as práticas centradas na família?"; "serão capazes, estes profissionais, de distinguir as práticas centradas na família de outras práticas de atuação? e "será que as implementam, de facto, na sua prática profissional?" É com estas questões como "pano de fundo" e tendo como público-alvo final não só os profissionais, mas também todas as famílias que pretendam aprofundar os seus conhecimentos, que avançamos para a presente dissertação de mestrado.

Formulação do Problema

De facto, tem ocorrido um enfoque cada vez mais crescente no que concerne à implementação das práticas recomendadas em Intervenção Precoce na Infância, no entanto, sabe-se que existe, ainda, diferenças significativas entre o que são as práticas consideradas ideais e aquelas que os profissionais na realidade praticam/aplicam.

Em Portugal, são conhecidos alguns estudos que analisam a autoavaliação das práticas dos vários profissionais integrados em projetos de Intervenção Precoce (Pereira, 2009). Sendo que, mais recentemente, realizou-se uma investigação, com o mesmo intuito, dirigida aos terapeutas ocupacionais (Guimarães, 2019) e aos terapeutas da fala que exercem em contexto clínico (Ferreira, 2020), contudo continuam a ser escassos os estudos a este nível que abordam, unicamente, os terapeutas da fala.

Neste sentido, define-se como problema de investigação o estudo da frequência de utilização de algumas das práticas recomendas em Intervenção Precoce na Infância pelos terapeutas da fala em Portugal, inseridos ou não em projetos públicos de Intervenção Precoce na Infância. Pretende-se, ainda, perscrutar que fatores poderão interferir com a frequência de utilização dessas mesmas práticas, perceber se os terapeutas da fala revelam os conhecimentos suficientes para conseguir distinguir as práticas centradas da família de outras práticas de intervenção e, por último, averiguar até que ponto essa mesma frequência de utilização poderá

ser um bom indicador do conhecimento, dos terapeutas da fala, acerca das principais caraterísticas que diferenciam e distinguem o conceito de abordagem centrada na família.

Organização e conteúdo do estudo

O presente estudo está estruturado em seis capítulos.

Neste sentido, o primeiro capítulo abarca a revisão da literatura que, por sua vez, constitui os alicerces que suportam o tema deste estudo. Assim sendo, consta deste capítulo uma sucinta perspetiva história da criança e da sua família em Intervenção Precoce, tanto no Estados Unidos da América como em Portugal, descrevem-se os principais modelos de base da Intervenção Precoce na Infância, é realizada uma breve descrição acerca do conceito de abordagem centrada na família, dando destaque aos princípios fundamentais das práticas centradas na família, ou seja, das práticas recomendadas em Intervenção Precoce na Infância e, por fim, é construída uma relação entre os princípios defendidos na terapia da fala em comparação com os da Intervenção Precoce na Infância.

No segundo capítulo é descrita a metodologia de investigação utilizada na elaboração deste estudo. Como tal, procurou-se descrever de forma clara, objetiva e fundamentada a importância e a finalidade do estudo, os seus objetivos, hipóteses e questões de investigação, as suas variáveis, bem como os procedimentos de recolha e de tratamento de dados.

No que concerne ao terceiro capítulo, é neste que apresentamos os dados e os resultados obtidos através da estatística descritiva e inferencial.

O quarto capítulo compreende a discussão dos resultados alcançados onde, sempre que possível, é feito um paralelismo entre a literatura da área e os resultados deste estudo.

Encerramos com o quinto capítulo, no qual constam as conclusões gerais desta investigação, bem como uma referência às suas limitações, sem esquecer as recomendações que se tornam indispensáveis quando o objetivo também passa por "abrir caminhos" a possíveis investigações futuras.

1. Enquadramento Teórico

No capítulo que se segue, realizar-se-á uma sucinta abordagem no que concerne aos tópicos capazes de sustentar, teoricamente, este estudo.

1.1. Breve perspetiva histórica da criança e da sua família em intervenção precoce na infância

1.1.1. Dos Estados Unidos da América a Portugal

Inicialmente, mais precisamente nos anos 50, os esforços da intervenção precoce na infância (IPI) centravam-se, exclusivamente, na criança que demonstrava atrasos no desenvolvimento ou apresentava riscos de os desenvolver (McWilliam, Winton, & Crais, 2003). Como tal, os profissionais de IPI eram vistos como peritos na identificação das necessidades da criança e no planeamento de estratégias de intervenção, que consideravam adequadas e necessárias ao seu desenvolvimento. Por outro lado, os pais recebiam formação e seguiam as orientações dos profissionais durante todo o processo de intervenção (McWilliam et al., 2003). Assim, mesmo trabalhando com os pais, a atenção recaía, de forma exclusiva, na criança e nas suas dificuldades (Turnbull & Winton, 1984 citado em McWilliam et al., 2003). Esta visão redutora, tinha por base um modelo médico que ajustava o apoio à família numa perspetiva patológica, focada na doença e/ou nas dificuldades, sendo observável que os profissionais adotavam uma postura de superioridade, assumindo todas as decisões referentes à intervenção com a criança, ignorando a sua família e os seus contextos de vida (Dunst & Trivette, 2009; Pereira & Serrano, 2010).

Dadas as suas evidentes limitações, ao longo dos anos, o modelo médico tem sido objeto de várias críticas, não só pelo seu enorme enfoque no profissional, na patologia e nos défices, como também pelas evidentes limitações que impõem à participação do recetor, enquanto beneficiário dos serviços e de todos os recursos aos mesmos associados (Dunst, Trivette & Deal, 1988; Serrano & Correia, 1990; Serrano, 2007).

O impacto dos progressos científicos e da investigação realizada permitiu, assim, que a concetualização e a operacionalização dos modelos e práticas em IPI sofressem uma evolução considerável, essencialmente, nos domínios das ciências do desenvolvimento, da educação e das ciências sociais (Carvalho et al., 2016).

Neste sentido, o surgimento das teorias sistémicas, na década de 60, especificamente da teoria sistémica da família, veio acentuar o enfoque, cada vez maior, na família, destacando-a como um sistema amplo e dotado de uma valiosa complexidade de interações e influências. Estas teorias sistémicas perspetivavam, para a IPI, o desenvolvimento e a manutenção de redes de serviços e de apoios mais vastos e assentes em recursos existentes na comunidade (Pereira & Serrano, 2010).

Mais tarde, nos anos 70, desenvolveram-se nos Estados Unidos da América (EUA), programas de apoio e serviços que constituíram contributos irrefutáveis para a expansão e explicação da natureza da prestação dos serviços centrados na família (Pereira & Serrano, 2010). Estes primeiros programas, caracterizavam-se por serem de natureza, essencialmente, compensatório abarcando, numa primeira instância, crianças inseridas num contexto familiar de baixo estatuto socioeconómico (Cruz, Fontes & Carvalho, 2003). Dentre os programas desenvolvidos, destaca-se o Programa *Head Start* desenvolvido em 1965 como uma medida política no âmbito da educação pré-escolar. Este programa, tinha como objetivo primordial contrariar as repercussões negativas dos ambientes de pobreza e de carência sociocultural, em que se encontravam várias crianças. Devido a este projeto, as crianças submetidas a condições precárias e em risco de desenvolvimento, passaram a ter acesso ao ensino pré-escolar, o que possibilitou uma intervenção educativa em contexto escolar. O surgimento deste projeto permitiu, ainda, o acompanhamento tanto médico como social destas crianças, promovendo visitas domiciliárias, apoio e orientações dirigidas aos pais, nomeadamente, na procura de respostas sociais e/ou de emprego (Pego,2014). Dado que o Projeto *Head Start* só abrangia crianças em idade pré-escolar, ou seja, crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos, surge, numa fase posterior, o Programa *Early Head Stard*, com o intuito de dar resposta a crianças com idade inferior a 3 anos (Gallagher & Serrano, 2002; Guralnick, 1997; Peterson et al., 2004; Shonkoff & Meisels, 2000 citado em Pereira & Serrano, 2010).

Posteriormente, e graças ao sucesso constatado, estes programas expandiram-se, rapidamente, às crianças com necessidades especiais (NE) (Cruz et al., 2003).

Neste sentido, emerge, em 1975, a *Education for All Handicapped Children Act* (PL 94-142) que estabelece o direito de uma educação gratuita e adequada a todas as crianças com Necessidades Educativas Especiais (NEE) em idade escolar. Contudo, só no ano de 1986, através da E*ducation of the Handicapped Act Amendments* (PL 99-457), é que, efetivamente, se garantiu

a obrigatoriedade dos serviços para crianças com NEE em idade pré-escolar e respetivas famílias, incentivando-se o desenvolvimento de programas para crianças entre os 0 e os 3 anos, tendo por base equipas multidisciplinares e serviços coordenados. O destaque colocado nas famílias, na coordenação dos serviços, nos apoios da comunidade e no encorajamento de relações de parceria e cooperação entre pais e profissionais, estão na base dos conceitos expressos na legislação/ lei pública (PL) mencionada (Serrano & Pereira, 2010).

Surge, assim, durante a década de 80, o modelo de IP no qual as práticas deixam de estar centradas, unicamente, na criança com NE, passando a abranger, igualmente, a família (Dunst, Trivette, & Deal, 1988). Verificava-se uma tendência para os programas serem individualizados, tendo por base o modelo de treinamento de pais. Felizmente, este modelo acaba por ser refutado pelo facto de diminuir o valor, a competência, o conhecimento intrínseco dos pais/cuidadores e por colocar em causa o verdadeiro papel dos mesmos. Este foi, sem dúvida, um marco histórico de extrema importância pois, pela primeira vez, na história da IPI os cuidadores intervinham de forma ativa (Costa, 2012).

É, finalmente, nos anos 90 que se reconhece a família como um elemento fulcral e de extrema importância em todas as fases do processo de intervenção. Como tal, a capacitação, o *empowerment* e a cooperação da família, passam a ser fatores chave para a obtenção dos resultados pretendidos e, consequentemente, para o sucesso da intervenção (Correia, 2011). Intervenção esta, que respeita a diversidade e privilegia práticas e procedimentos que reconhecem a família como um sistema único (Iglesias & Quinn, 1997, citado em Correia, 2011). A IP passa, portanto, a ter em consideração o efeito das relações que se criam entre os indivíduos e entre estes e os contextos em que se encontram inseridos. É através desta nova perspetiva de IP que se assume e se reconhece que tanto a criança como a sua família são afetadas pelos contextos em que interagem e pelas trocas que decorrem e se estabelecem entre esses mesmos contextos (Brown, Thurman & Pearl, 1993).

A este nível, foi, aqui, fundamental o contributo das teorias de Dunst e colaboradores que, fundamentadas com evidência científica, vieram demonstrar o papel determinante que o apoio social, o protagonismo da família e das diversas redes socias de apoio, existentes na comunidade, têm na promoção do desenvolvimento da criança e no aumento das competências de autoconfiança dos pais (Dunst, Trivette, & Deal, 1988).

A mudança, que se prolongou por vários anos, da atenção centrada na criança, e na sua problemática, para a atenção centrada na família é um dos movimentos mais revolucionários no campo da IPI nos EUA, tendo-se refletido na forma como os profissionais trabalham com os pais (Beckman, 1966a citado em Serrano, 2007).

De facto, a evolução dos modelos e práticas em IPI correspondem a percursos que se fundamentam tanto em motivos e razões histórico-sociais como em investigações na área da psicologia do desenvolvimento (Almeida, 1997).

Assim sendo, podemos identificar vários períodos chave, que se tornaram marcos histórico-temporais no campo da IPI, que passamos a descrever, de forma sucinta, no Quadro 1.

Quadro 1

Marcos Históricos no Domínio da IPI nos EUA (Correia, 2011; Serrano & Correia, 1998; Serrano & Correia, 2010))

Anos 50	Os progenitores/ cuidadores exerciam um papel passivo, a responsabilidade dos programas e de todo o processo de intervenção era atribuída, de forma quase exclusiva, aos profissionais, que, por sua vez, traçavam, delineavam e implementavam os programas num centro educativo ou em casa.
Anos 60	Surgem as teorias sistémicas, nomeadamente a teoria sistémica da família, que permitiu acentuar o enfoque no agregado familiar, destacando-a como um sistema amplo e de grande complexidade de interações e influências.
Anos 70	Emerge, no EUA, os programas Head Start e *Early Head Stard,* para crianças em idade pré-escolar e com idade inferior a 3 anos, respetivamente, e inseridas num contexto socioeconómico e familiar desfavorecido. Posteriormente, surgem os programas *Education for All Handicapped Children Act e* Education of the Handicapped Act Amendments, dirigidos às crianças com NEE e suas famílias. Começa-se a assistir, progressivamente, a um reconhecimento, tanto por parte dos profissionais como dos pais/cuidadores, da importância do seu envolvimento ativo nos programas educativos das crianças.

Anos 80	Inicia-se uma nova etapa que permitiu sustentar e consolidar o progressivo envolvimento ativo dos cuidadores. O envolvimento da família na IPI, começa a ser visto como uma resposta às necessidades da família de uma forma abrangente, baseando-se numa orientação sistémica.
Anos 90	A família é, finalmente, reconhecida como elemento fulcral e de extrema importância em todas as etapas do processo de intervenção. A capacitação, o *empowerment e a* cooperação entre profissionais e família são a chave do sucesso da intervenção. Reconhece-se o peso e a importância dos contextos em que a criança e a sua família estão inseridas.

Relativamente a Portugal, a evolução da IPI foi-se sucedendo em virtude das investigações ocorridas noutros países, nomeadamente nos EUA, como referido anteriormente. De acordo com Shonkoff e Meisels (2000), a década de 60 é apontada como a referência da entrada da IPI na era moderna. Por sua vez, Portugal entrou nessa era na década de 80 e surge ligada à evolução das modalidades de atendimento às crianças dos 0 aos 6 anos, de um modo geral e, especificamente, às crianças com NEE (Costa, 2012).

Neste sentido, é, portanto, nos anos 80 que, em Portugal, começam a surgir os primeiros programas de IPI inovadores que reverenciavam a coordenação de serviços, a deteção e a intervenção precoces de crianças com atrasos do desenvolvimento e o envolvimento dos cuidadores em todo esse processo (Guimarães, 2019).

Dentre os programas desenvolvidos, destacam-se o Programa Portage para Pais e o Projeto Integrado de Intervenção Precoce de Coimbra (Isabel, Bairrão & Serpa, 1986; Pinto et al., 2012).

Em 1984, a Direção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica (DSOIP), futuramente designada de Centro de Estudo e Apoio à Criança e à Família (CEACF), dá início a um projeto de pesquisa-ação, dirigido por Joaquim Bairrão, com o intuito de proporcionar um apoio especializado tanto às crianças em situação de riscou ou com NE, bem como às suas famílias. Este projeto pioneiro em Portugal, procurava um modelo de IPI que tivesse não só uma base concetual sólida, mas que pudesse ser alargado a nível nacional garantindo, deste modo,

uma prestação de serviços de qualidade a estas crianças e às suas famílias (Pimentel, 2009). Neste sentido, a DSOIP foi a promotora ao nível da pesquisa e implementação do Programa Portage, originário dos EUA, cujo modelo assentava numa base teórica bem fundamentada e enquadrada que implicava diretamente os pais e proporcionava, através de um modelo organizativo, um apoio consistente quer para os técnicos quer para os cuidadores da criança (Ruivo & Almeida, 2002). Este modelo audaz veio, portanto, dilacerar as práticas tradicionais que se centravam na criança, nos seus défices/patologias e que desvalorizavam a vertente familiar e social (Felgueiras & Bairrão 1991; Pinto et al., 2009).

Por sua vez, em 1989 surge o Projeto Integrado de Intervenção Precoce de Coimbra decorrente da celebração de um protocolo entre os três Ministérios (Saúde, Educação e Segurança Social) e a Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Coimbra (APPACDM). De facto, este projeto, que teve origem numa base comunitária, é, sem dúvida, um dos feitos mais relevantes, na área da IPI no nosso país, não só pela sua inovação na coordenação e integração entre serviços públicos (Ministérios da Educação, da Saúde e da Segurança Social) e serviços privados como a APPCDM ou as Cooperativas para a Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas (CERCI), mas também pela contribuição que forneceu para a disseminação de diferentes programas integrados de IPI em todo o país (Almeida, 2000). De mencionar ainda, que foi à luz deste projeto que se edificou a Associação Nacional de Intervenção Precoce (ANIP) que, atualmente, assegura formação permanente aos seus técnicos, com a colaboração de profissionais do EUA, o que permite a divulgação, a partilha de conhecimentos e, por conseguinte, a evolução da IPI em Portugal e no mundo (Pimentel, 2005).

Ao longo dos anos 90, devido às mudanças de paradigma protagonizadas tanto pelas entidades mencionadas como pelas políticas de incentivos financeiros, constatou-se um aumento bastante significativo de projetos de IPI em Portugal (Ruivo & Almeida, 2002).

Em virtude dos resultados positivos do Projeto Integrado de Intervenção Precoce de Coimbra e com a valorização das teorias ecológicas, sistémicas e centradas na família, surgiu a necessidade de se conceber um sistema integrado e organizado para operacionalizar a IPI. Emerge, assim, em 19 de outubro de 1999 o Despacho Conjunto nº891/99, revogado, recentemente pelo Decreto-Lei (DL) nº281/2009 de 6 de outubro. Este último DL, foi criado na sequência dos princípios estabelecidos na Convenção das Nações Unidas dos Direitos da Crianças e no âmbito do Plano de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade

(PAIPDI) o que permitiu a conceção do atual Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) (Costa, 2012).

Neste sentido, o DL nº281/2009 de 6 de outubro veio criar, formalmente, o SNIPI referindo no artigo 1º:

> O presente decreto-lei cria o SNIPI, o qual consiste num conjunto organizado de entidades institucionais e de natureza familiar, com vista a garantir condições de desenvolvimento das crianças com funções ou estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal, social, e a sua participação nas atividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso no desenvolvimento. O SNIPI é desenvolvido através da atuação coordenada dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação, com envolvimento das famílias e da comunidade. (p. 7298)

Ainda de acordo com o estipulado por este documento normativo, a IPI passa a ser considerada como *"o conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social*." (p. 7298)

Deste modo, torna-se relevante realçar que a IPI além das crianças com NEE, no sentido de prevenir futuros atrasos no desenvolvimento, passa a incluir as crianças em risco, ou seja, começa a dar resposta às crianças e famílias cujos fatores ambientais, como a pobreza, possam implicar uma alta probabilidade de atraso significativo no desenvolvimento da criança (Serrano & Boavida, 2011).

Importa ainda reforçar, que o cito DL veio permitir que o papel da família e o envolvimento da mesma evoluísse de uma abordagem centrada, simplesmente, na criança para uma abordagem centrada na família, esta última, operacionalizada através do Plano Individualizado de Intervenção Precoce (PIIP), o antigo Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF). Este documento, baseado nas rotinas, preocupações, necessidades e forças da família e projetado para ser desenvolvido em estrita relação de cooperação entre a família e os profissionais, vem, portanto,

criar novos desafios tantos aos pais como aos profissionais, realçando, de uma forma única e clara, o facto da família constituir a componente chave para uma intervenção eficaz e de sucesso (Correia, 2011; Pereira & Serrano; 2010; Serrano & Boavida, 2011)

Outro dos fatores importantes a mencionar, diz respeito à cooperação e colaboração dos serviços que progridem de um modelo multidisciplinar, onde os serviços funcionavam de forma fragmentada, para um modelo transdisciplinar, em que os profissionais das diferentes áreas de atuação (saúde, educação e segurança social) trabalham em conjunto, com o intuito de responderem às necessidades e prioridades estipuladas pela família. Neste sentido, com este modelo, vários profissionais constituem a equipa que apoia e orienta um único profissional que interage com a família, o denominado gestor de caso, o que acaba por ser particularmente benéfico no caso de famílias que carecem de um apoio mais complexo e diversificado (Serrano & Boavida, 2011; Serrano, Mas & Cañadas, 2016).

Segundo Serrano et al., (2016), os princípios que norteiam a prestação de serviços em IPI, de acordo com a legislação em Portugal, alicerçam-se em quatro componentes essenciais:

1) a existência de um modelo de capacitação centrado na família, que orienta a prestação dos serviços;
2) intervenção inclusiva, nos contextos naturais de aprendizagem da criança;
3) coordenação dos serviços;
4) utilização de um modelo transdisciplinar.

De referir, ainda, que ao contrário do DL nº891/99, onde não era explícito a idade da população-alvo, pois eram consideradas crianças até aos 6 anos, mas reforçando a atenção para crianças dos 0 aos 3 anos de idade, o atual DL nº281/2009 vem clarificar, igualmente, a elegibilidade, no que concerne à idade na IP, mencionando o seguinte no seu artigo 2º: *"(...) abrange crianças entre os 0 e os 6 anos."* (p. 7298)

Com isto, torna-se claro, para todos os profissionais envolvidos, que a IPI se destina a todas as crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 6 anos.

De facto, o DL nº281/2009 de 6 de outubro, conduziu a grandes mudanças e evoluções no que diz respeito ao paradigma da IPI em Portugal, tal como se pode verificar, de forma sucinta, no Quadro 2.

Quadro 2

Evolução da IPI em Portugal (Carvalho et al., 2016)

	Inicialmente	**Atualmente**
Filosofia da IPI	Centrada, exclusivamente, na criança e na patologia.	Centrada na família e na potencialização das suas áreas fortes.
População-alvo	Crianças dos 0 aos 3 anos, com NE.	Todas as crianças dos 0 aos 6 anos, com perturbações do desenvolvimento e/ou em risco ambiental, e as suas famílias.
Papel dos profissionais e nível de envolvimento da família	Os profissionais eram vistos como peritos, tomando todas as decisões. A família era um agente passivo em todo o processo de intervenção.	Os profissionais assumem a postura de facilitadores, encorajando e capacitando a família, de forma a que esta participe ativamente e tome as melhores decisões para si e para a criança. A intervenção passa, assim, a centrar-se na família, nas suas preocupações e necessidades.
Contexto de Intervenção	Médico/clínico com orientações genéricas fornecidas aos progenitores/cuidadores, completamente centradas na	Contextos naturais, com orientações individualizadas responsivas às preocupações e necessidades da criança e da sua família como um todo.

	criança e nos seus défices/ patologias.	
Modelo de Trabalho e Coordenação dos Serviços	Modelo Multidisciplinar/Interdisciplinar com os diferentes serviços organizados e a atuarem de forma fragmentada e individualizada.	Modelo Transdisciplinar com os serviços integrados e interligados entre si.
Objetivos da IPI	Eliminação dos défices e promoção exclusiva do desenvolvimento da criança.	Prevenção; Desenvolvimento da criança; Empoderamento e Capacitação da família.

Tal como foi possível constatar, a IPI sofreu, ao longo dos anos, progressos muito favoráveis e significativos refletindo-se, de forma positiva, nas crianças e nas suas famílias. Ainda assim, e por obrigar a várias mudanças no modo de atuação dos profissionais envolvidos, estre paradigma continua a ser um desafio constante, tanto para os profissionais como para as famílias (Espe-Sherwindt, 2008). Como tal, torna-se imprescindível a constate consciencialização e monitorização com o intuito de ultrapassar as dificuldades/barreiras, que possam surgir, para que todo o processo seja conduzido tendo por base as práticas recomendadas, pois a forma como a IPI é concetualizada e implementada apresenta-se como determinante, quando se pretende alcançar resultados benéficos quer para as crianças quer para as suas famílias (Almeida et al., 2011).

1.2. A importância de se intervir precocemente

A importância de se intervir em idades precoces para prevenir ou atenuar problemas de desenvolvimento é, hoje, um dado inquestionável e um direito que assiste a todas as crianças e particularmente às crianças mais vulneráveis. A investigação, nomeadamente, no campo das neurociências e noutras ciências do desenvolvimento, tem vindo a demonstrar que as experiências precoces têm um papel e um impacto significativo no desenvolvimento cerebral e que as caraterísticas do ambiente familiar e social em que a criança está inserida, influenciam

diretamente o seu desenvolvimento, com efeitos ao nível do sistema nervoso central (Carvalho et al., 2016; Serrano & Boavida, 2011).

Segundo Carvalho et al., (2016), uma das razões que sustenta a importância de se intervir precocemente prende-se com a influência que as experiências iniciais têm na arquitetura cerebral, sendo capazes de transformar os primeiros anos de vida de uma criança. Neste sentido, estas experiências inicias podem constituir, para a criança, uma grande oportunidade ou uma grande vulnerabilidade, com repercussões ao nível do seu neuro-desenvolvimento.

Outro dos aspetos importantes a destacar e que vem demonstrar a importância de uma intervenção atempada, relaciona-se com o facto dos primeiros anos de vida de uma criança estarem associados a uma elevada plasticidade neuronal, o que constitui, deste modo, um período, excecionalmente, sensível às influências ambientais. Este período, designando de período crítico, pelo potencial que acarreta a vários níveis, representa uma verdadeira "janela de oportunidades" (Serrano & Boavida, 2011).

Deste modo, dado que a plasticidade neuronal é inversamente proporcional ao aumento da idade e tendo em consideração que é no período crítico que surgem as chamadas "janelas de oportunidades", propiciando uma conjuntura que viabiliza potencializar o desenvolvimento de capacidades e habilidades, o impacto de uma intervenção é tanto maior quanto mais precocemente for implementada, principalmente no caso de se tratar de crianças com NE (Serrano & Boavida, 2011).

De facto, a IPI tem um papel fundamental e um impacto, inquestionavelmente, positivo na vida das crianças e das suas famílias, uma vez que atua em fases do desenvolvimento que, como vimos, são cruciais para a criança. Ao intervir, igualmente, numa lógica de prestação de apoio e não de serviços, com o objetivo de capacitar a família e possibilitar que esta desenvolva sentimentos de autoconfiança e autoeficácia, permite que a criança desenvolva as suas capacidades nos diferentes contextos naturais, ampliando as suas oportunidades de aprendizagem, o que aumentará, por conseguinte, a probabilidade da intervenção ser bem sucedida.

1.3. Modelos teóricos referencias dos programas de IP

1.3.1. Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 2004)

Entre o fim dos anos 70 e o início dos anos 80, Urie Bronfenbrenner traz ao conhecimento da comunidade científica nomeadamente das ciências sociais psicológicas e educacionais, o estudo, a investigação, a análise, a reflexão e o debate sobre a ecologia do desenvolvimento humano. O seu trabalho consistiu em recorrer à teoria geral sistémica e ao desenvolvimento de modelos ecológicos para compreender comportamentos sociais (Serrano, 2007). Para Bronfenbrenner, o ambiente ecológico pode ser representado por um conjunto de estruturas concêntricas que fazem parte de uma espécie de jogo de encaixe, em que cada peça contém ou está contida noutra, influenciando-se mutuamente (Portugal, 1992).

De facto, inicialmente os principais construtos de Bronfenbrenner relativos à teoria ecológica depositavam demasiado ênfase nos aspetos contextuais em que o indivíduo se encontrava. Devido a isto, estes aspetos foram criticados e, posteriormente, revisados pelo próprio Bronfenbrenner originando uma segunda fase da sua teoria, denominando-se, a partir daí, Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano. Nesta nova nomenclatura, são incluídos novos elementos e interações mais dinâmicas que destacam a importância dos aspetos relativos à Pessoa, aos Processos e ao Tempo. Importa referir, que emboras alguns conceitos tenham sido ampliados, os pressupostos iniciais não foram anulados nem excluídos. As reformulações passaram a atribuir aos Processos uma posição central e as diferentes formas de interação entre os indivíduos deixaram de ser vistas, apenas, como função e resultado do ambiente para passarem a ser, também, percecionadas como função do Processo, definido pela relação estabelecida entre o ambiente e as caraterísticas da pessoa em desenvolvimento. O Modelo Bioecológico preconiza, portanto, que o desenvolvimento humano seja observado e estudado através da interação sinérgica destas quatro dimensões que se inter-relacionam: a Pessoa, o Contexto, o Processo e o Tempo (Koller, 2004).

Neste sentido, o modelo defendido por Bronfenbrenner vem-nos demonstrar a poderosa influência, direta ou indireta, do ambiente no desenvolvimento humano que, por sua vez, é definido como um processo pelo qual o indivíduo/criança adquire um conhecimento mais alargado, diferenciado e válido do seu contexto, tornando-se mais apto e motivado para desenvolver atividades que lhe permitam descobrir, manter ou alterar as propriedades desse mesmo ambiente,

em conformidade com a sua individualidade e os conhecimentos previamente adquiridos, o que faz com que sejam agentes de mudanças e promotores de reestruturação dos ambientes/contextos onde estão inseridos (Bronfenbrenner, 2004; Portugal, 1992; Serrano, 2007).

Esta abordagem considera, portanto, que o desenvolvimento do ser humano é afetado, direta ou indiretamente, por todo o contexto onde o mesmo ocorre, contexto esse que não compreende apenas o indivíduo, mas que inclui, também, sistemas contextuais dinâmicos e mutáveis, ao longo do tempo (Pereira, 2002).

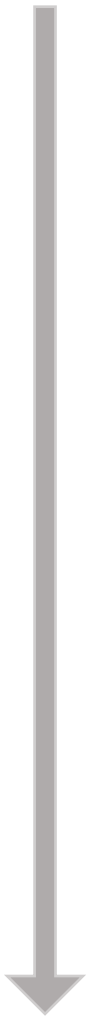
Deste modo, segundo a perspetiva bioecológica, só é possível explicar o desenvolvimento humano tendo por base uma complexidade fenomenológica do organismo, especificamente, no que se refere à interação ambiental e aos mapas tanto sociais como psicológicos, que caraterizam e definem o significado humano (Pereira, 2002). Como tal, o ambiente onde vive uma pessoa é constituído por sistemas funcionais dentro de outros sistemas mais abrangentes, como por exemplo a comunidade e as caraterísticas culturais a ela inerentes (Garbarino & Abramowitz, 1992).

Assim, no modelo bioecológico do desenvolvimento, as caraterísticas e as experiências do indivíduo são perspetivadas como subsistemas, no interior de sistemas mais abrangentes, que nos possibilitam localizar no espaço e no tempo os vários acontecimentos da vida da criança, sistemas esses designados por: microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema (Beckman, 1996a; Bronfenbrenner, 1979, 1986, 1989; Garbarino, 1990; Garbarino & Ganzel, 2000; Sontag, 1996 citado em Pereira, 2009).

O Quadro 3, que se segue, descreve de forma sucinta cada um dos sistemas acima enumerados.

Quadro 3

Sistemas/Contextos do modelo da bioecologia desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (Garbarino & Abramowitz, 1992; Pereira 2002)

Processo	Sistemas/ Contextos	
Proximal  **Distal**	**Microssistema**	Refere-se aos cenários imediatos onde ocorre o desenvolvimento da criança. Inclui as pessoas, os objetos e os acontecimentos que se encontram junto da criança. Este sistema, estando mais próximo do indivíduo, é o que intervém mais diretamente no seu desenvolvimento. Mede-se a sua riqueza pela capacidade de sustenta e fomentar, de forma emocionalmente saudável, o desenvolvimento da criança.
	Mesossistema	Consiste na relação entre os microssistemas nos quais a criança experiência a realidade, como por exemplo a casa e escola. Mede-se a riqueza deste sistema pela quantidade, qualidade e diversidade das suas relações e conexões.
	Exossistema	É constituído pelos ambientes que afetam o desenvolvimento da criança, mas com os quais não está envolvida diretamente. Os contextos laborais dos pais ou o conselho diretivo da escola são alguns dos exemplos, em que as suas decisões afetam, inevitavelmente, o quotidiano da criança.
	Macrossistema	Diz respeito à cultura, ideologia, religião da comunidade onde a criança e a sua família estão inseridas.

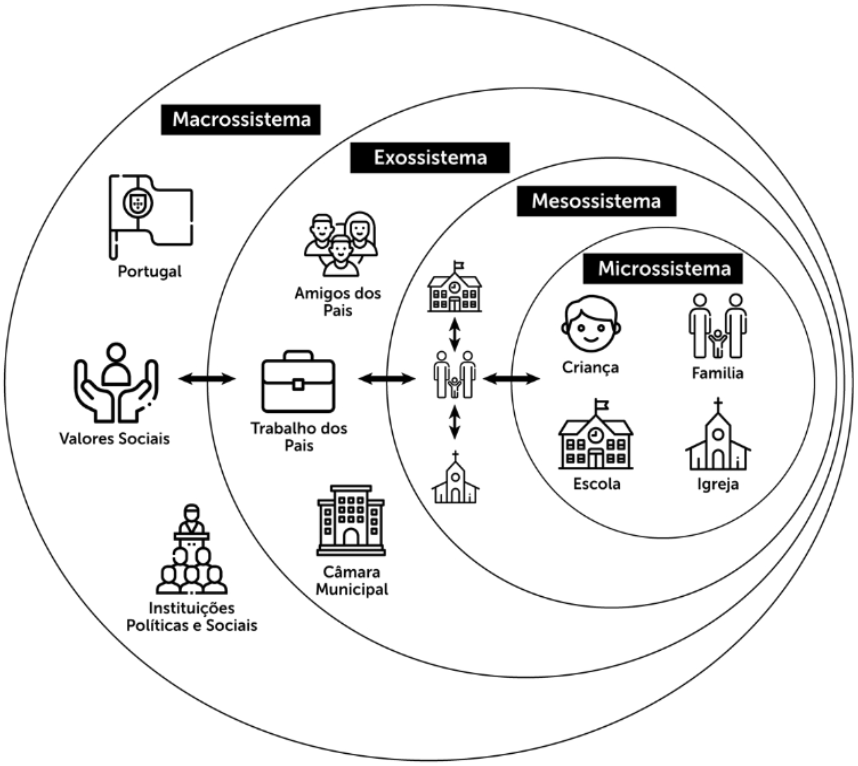
De acordo com Portugal (1992), ao usarmos este modelo partimos do princípio de que o desenvolvimento de uma criança dever ser sempre visto como o produto de todos os fatores inter-relacionais incluídos nos diferentes contextos no quais ela e a sua família se movem diariamente. Como tal, o facto de termos por base uma visão bioecológica mais alargada sobre a criança e a sua família, conseguimos atribuir importância a todos os contextos ambientais que, como vimos, têm influência no seu crescimento e no funcionamento da família. Deste modo, ao incluirmos fatores sistémicos interindividuais, passamos a valorizar e a reconhecer a influência que indivíduos e sistemas têm uns nos outros e, por conseguinte, melhoramos as nossas intervenções, bem como a nossa visão e o nosso conhecimento sobre os fatores que poderão interferir no processo de desenvolvimento da criança (Serrano, 2007).

A perspetiva bioecológica concede, assim, um enorme contributo para o processo de formulação, de avaliação e de compreensão da IPI, pois possibilita-nos visualizar as relações entre sistemas e pessoas permitindo-nos concetualizar alternativas aos fatores que influenciam as crianças e as suas famílias, dotando-nos, igualmente, de uma multiplicidade de estratégias de intervenção. Esta perspetiva alerta-nos, ainda, para o peso que o contexto tem, uma vez que é ele que dá forma às relações causais, dizendo-nos que existe sempre um "depende" e que é importante percorrer-se o caminho à procuro do "de quê". (Serrano, 2007).

Através da ilustração presente na Figura 1, podemos ter uma maior perceção dos contextos mencionados, bem como das relações que estabelecem entre si e do, inevitável, impacto que têm na criança e na sua família.

Figura 1

Adaptação da *ilustração dos sistemas/contextos referentes ao modelo bioecológico do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (Benetti, Vieira, Crepaldi & Schneider, 2013)*



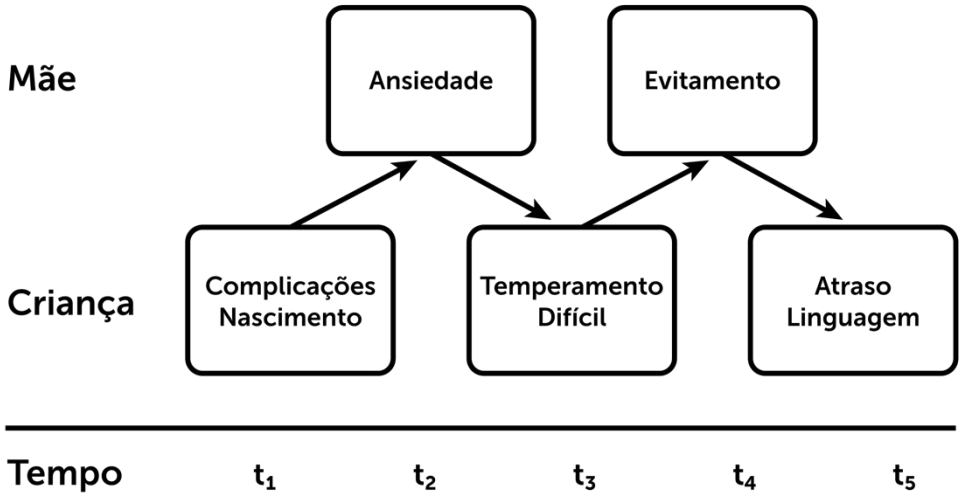
1.3.2. Modelo Transacional de Sameroff & Chandler (1975)

Segundo Sameroff e Fiese (2000), este modelo apoia-se no modelo bioecológico do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner para assegurar que o desenvolvimento não é homogéneo nem linear e que depende da combinação das caraterísticas tanto do indivíduo como das experiências vivenciadas nos diferentes contextos.

Neste sentido, de acordo com o modelo transacional, os resultados em termos de desenvolvimento não advêm apenas das caraterísticas do indivíduo, nem somente do meio, mas sim da contínua interação de ambos ao longo do tempo, tal como exemplificado na Figura 2. Deste modo, o desenvolvimento é considerado como o produto resultante das interações contínuas e dinâmicas entre a criança e as experiências proporcionadas tanto pela sua família como pelo contexto social em que se encontra inserida (Pereira, 2002).

Figura 2

Ilustração exemplificativa de um processo transacional (Sameroff & Fiese, 2000)



De mencionar, ainda, que esta nova abordagem remete-nos para duas constatações, de extrema relevância, com impacto nos programas de IPI: (1) não existe uma relação linear entre o nível de competência de uma criança, em qualquer fase do seu desenvolvimento, e a sua futura competência, enquanto adolescente ou adulto; (2) para se conseguir equacionar, com uma certa precisão, o desenvolvimento futuro de uma criança, torna-se imprescindível ter em consideração os efeitos dos ambientes familiar e social que poderão apresentar-se como facilitadores ou barreiras ao seu adequado desenvolvimento (Pereira, 2009).

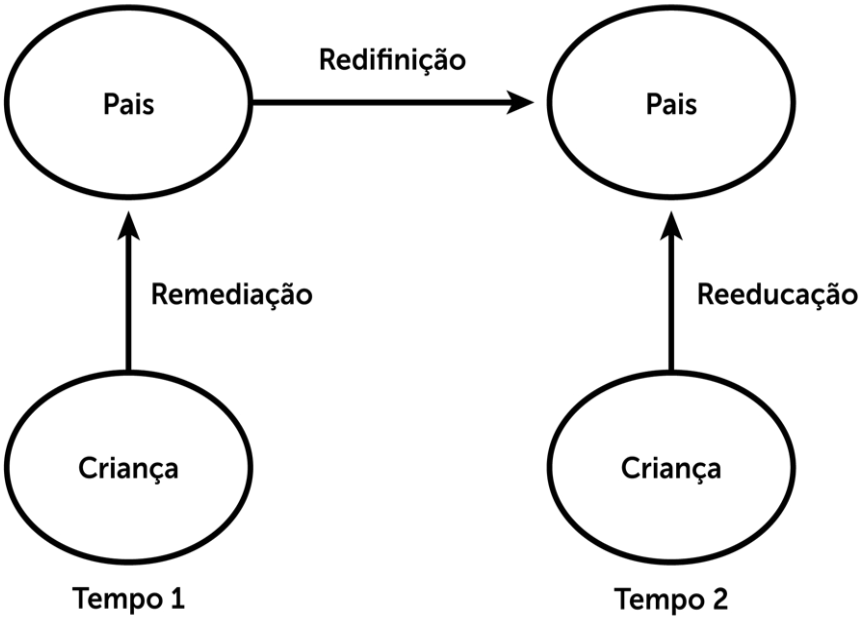
Posto isto, a descrição dos contextos em que o desenvolvimento ocorre constitui um prefácio indispensável à compreensão integral dos problemas de desenvolvimento e, consequentemente, à possível elaboração de um programa de IPI (Pereira, 2009).

Relativamente à intervenção, o modelo transacional auxilia-nos na elaboração de objetivos e estratégias que podem centrar-se não só nas caraterísticas da criança, mas também nas caraterísticas do meio o que constituirá uma mais-valia no sentido de potenciar as oportunidades de aprendizagem da criança. Segundo este modelo, as modificações comportamentais resultam de um conjunto de interações entre indivíduos que partilham um mesmo sistema e que se orientam por princípios reguladores específicos, deste modo, ao analisarmos os pontos de maior realização e as fragilidades do sistema de regulação, ser-nos-á possível a identificação de objetivos que minimizam a amplitude de intervenção e que maximizam a sua eficiência e eficácia (Sameroff & Fiese, 2000).

Posto isto, e de acordo com Sameroff e Fiese (2000), existem três estratégias fundamentais no que se refere à intervenção, designadas por 3 R's: remediação, redefinição e reeducação, tal como demonstra a ilustração representada na Figura 3.

Figura 3

Os 3 R's da IP, segundo o modelo transacional (Sameroff & Fiese, 2000)



No que concerne à remediação, esta consiste numa intervenção ao nível das caraterísticas da criança o que, por conseguinte, irá alterar a forma de comportamento da criança em relação aos seus pais, destinando-se, portanto, à adequação do comportamento da criança com reflexo positivo nas competências parentais. Por sua vez, a redefinição está relacionada com a forma como os pais percecionam um dado comportamento no seu filho, o que terá repercussões na forma como os pais irão interpretar esse mesmo comportamento. Esta estratégia, tem como objetivo primordial a facilitação das interações e interpretações parentais mais adequadas, intervindo no contexto da experiência atual e não em relação a acontecimentos passados, auxiliando os pais na identificação de áreas de maior realização o que terá repercussões na forma como passarão a interpretar os comportamentos da criança. Por último, a reeducação diz respeito a uma estratégias de intervenção ao nível dos comportamentos dos pais perante a criança, quando estes demonstram e referem não estar a conseguir lidar/regular o comportamento do seu filho, assim, ao intervir-se com os pais estaremos a proporcionar a sua "transformação" através do

acesso a novas formas de interação/comportamento em relação à criança que, por seu turno, irá ter respostas mais ajustadas perante a melhoria das competências parentais (Sameroff & Fiese, 2000).

Utilizando como exemplo uma criança com uma patologia orgânica, a estratégia de remediação teria como principal objetivo a melhoria das condições de saúde da criança, conduzindo a um impacto extremamente positivo no comportamento dos seus pais. Já a estratégia de redefinição, teria como propósito fornecer oportunidades aos pais, direcionando-lhes a atenção para as caraterísticas positivas da criança, de forma a que os mesmos consigam substituir o modo como percecionam o comportamento do seu filho, permitindo-lhes uma maior e melhor interação. Por fim, a estratégia de reeducação teria como intuito proporcionar aos pais diferentes formas de atuação, tendo em consideração as especificidades da criança e da família, com impacto nas competências parentais (Sameroff & Fiese, 2000).

Em suma é de referir que, este enquadramento concetual, ao esclarecer a complexidade das interações entre os indivíduos e o meio, vem colocar o mesmo ênfase na criança e no meio em que a mesma está inserida. Assim sendo, os resultados alcançados, no que ao desenvolvimento da criança diz respeito, não resultam, exclusivamente, do estado inicial da criança, nem da inicial realidade do meio ambiente, mas sim da complexa inter-relação entre a criança e o meio, mutáveis ao longo do tempo. O comportamento da criança é, portanto, o produto de transações existentes entre o fenótipo, isto é, a criança, as suas fontes de experiência externa e o seu genótipo, ou seja, a sua condição biológica. (Sameroff & Fiese, 2000).

1.3.3. Modelo Integrado de Intervenção Precoce de Dunst (2000)

No ano 2000, Dunst retificou e alterou alguns conceitos do seu modelo não só pelo surgimento de críticas que conduziram a discórdias e mal-entendidos, mas também na sequência dos avanços obtidos durante a investigação científica, a prática e o desenvolvimento da teoria (Dunst, 2000a; Serrano, 2007). As críticas aos anteriores modelos de Dunst, sustentavam-se na questão dos seus fundamentos parecerem ter um maior enfoque na família, esquecendo a individualidade da criança, para além do autor alertar e reforçar o facto de que criança, sendo parte integrante da família, seria também ela alvo de intervenção. (Dunst, 2000). Devido a isto, e para evitar novos equívocos, Dunst sentiu necessidade de reestruturar o modelo anterior surgindo, assim, o modelo de terceira geração de Intervenção Precoce (IP) que vem clarificar o público-alvo

de IPI defendendo, igualmente, que toda a intervenção deve sustentar-se numa abordagem sistémica familiar sem negligenciar as influências ambientais, contextuais e socioculturais de aprendizagem da criança (Serrano, 2007).

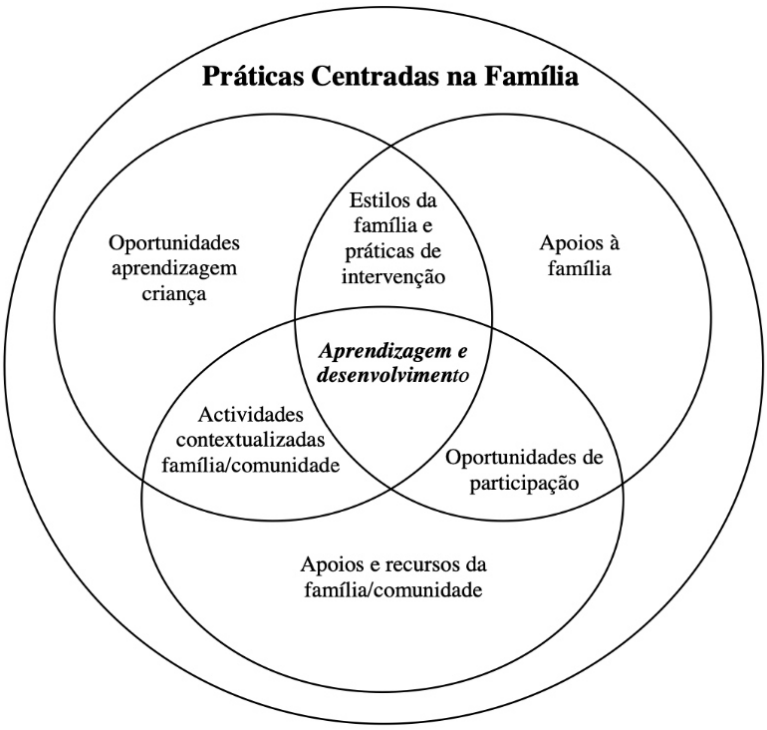
Assim, o modelo integrado de IP ou, como acima descrito, também designado por terceira geração de programas de IP, proposto por Dunst (2000), tem por objetivo resumir algumas evidências científicas concretizadas nas últimas décadas e que destacam tanto os sistemas sociais como as variáveis ambientais, uma vez que ambos concorrem para a melhoria do desenvolvimento e do funcionamento da criança e da sua família, tal como ilustrado na figura 4.

De acordo com Serrano (2007), este modelo está assente no pressuposto de que o apoio social tem uma influência, direta ou indireta, no bem-estar e no funcionamento da família, o que se repercute de forma positiva no desenvolvimento da criança.

Segundo este modelo, a concetualização da IPI incluiu três componentes principais, nomeadamente: oportunidades de aprendizagem para a criança; apoio à família e, por último, os apoios e recursos da família/comunidade, prestados tendo por base as práticas centradas na família.

Figura 4

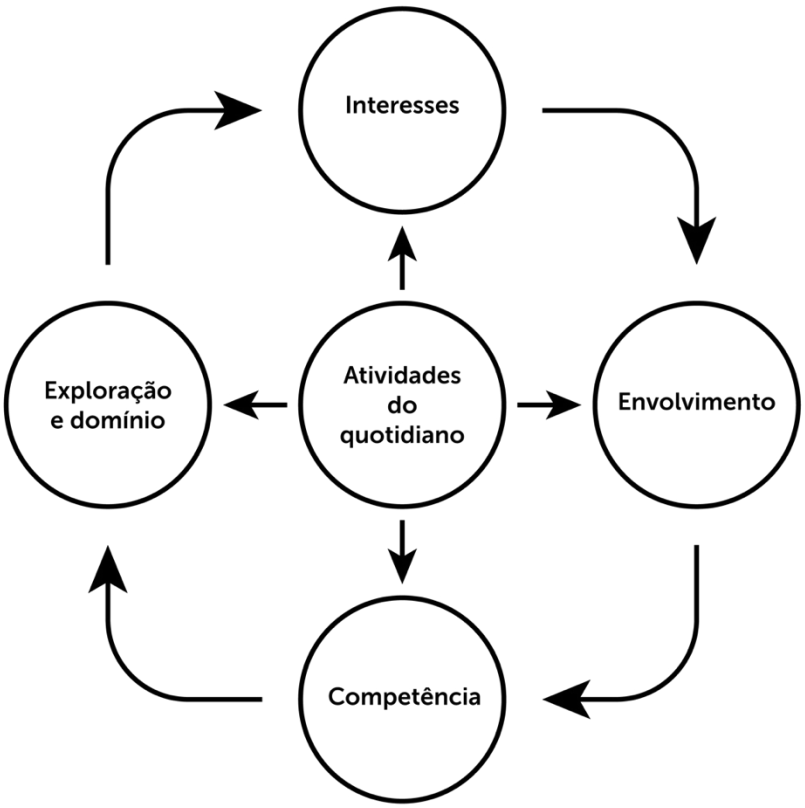
Principais componentes do modelo de IP de terceira geração de Dunst (2000)



No que concerne às oportunidades de aprendizagem da criança, estas constituem uma das componentes primordiais pois baseiam-se nos interesses da criança, ampliando-os e encorajando a sua exploração, potenciado, assim, a aquisição de novas competências permitindo que a criança experiencie uma sensação de domínio e autoconfiança sobre as suas capacidades (Dunst, 2000). Esta evidência, vem demonstrar o potencial de uma aprendizagem que ocorre de forma contextualizada, alicerçada nas atividades quotidianas e baseada nas rotinas e interesses da criança. De acordo com Raab & Dunst (2007 citado em McWilliam, 2012), a aprendizagem de uma criança é tanto maior quanto maior for o seu interesse, envolvimento e motivação, no entanto, se esta ocorrer no contexto de atividades funcionais do quotidiano a probabilidade de ser maximizada é ainda maior, tal como se pode constatara a partir da análise da figura 5.

Figura 5

As atividades quotidianas como oportunidades de aprendizagem da criança em contexto natural (McWilliam, 2012)



Em relação ao apoio à família, este consiste na partilha de informação, conselhos e orientações que constituem uma fonte inquebrável de conhecimento, fortalecendo a família nas tomadas de decisão e na promoção do desenvolvimento da criança. Com isto, a família sentir-se-á mais competente e segura para cuidar, o que lhe permitirá proporcionar diferentes oportunidades de aprendizagem que potenciam o progresso da criança (Dunst, 2000).

Relativamente aos apoios e recursos da família/comunidade, estes incluem os meios intrafamiliares (p.e. avós), informais (p.e. amigos), comunitários e formais (p.e. terapias) de que os pais carecem para terem a energia física e psicológica que necessitam para se envolverem e para desempenharem as suas responsabilidades parentais (Carvalho et al., 2016).

Assim sendo, as práticas centradas na família dizem respeito à abordagem que suporta este modelo, atribuindo à família o papel central nas escolhas e na tomada de decisões, no que se refere a todo o processo de apoio em IPI (Dunst, 1995, 1997, 1998b, 2000b, 2002; Dunst, Trivette, Davis & Corwell, 1988 citado em Pereira, 2009).

Como visto, a criação e a potencialização de oportunidades de aprendizagem para a criança, de apoios parentais e de recursos familiares/comunitários, reforçam e fortificam as capacidades já existentes, promovendo a competência tanto da criança como da sua família (Pereira, 2009).

Tal como foi possível verificar na figura 4, para além das componentes principais de cada uma das dimensões do modelo, as suas interseções constituem elementos adicionais e, igualmente, cruciais para a IPI, designadamente:

- Atividades contextualizadas na família/comunidades que consistem em atividades ajustadas ao quotidiano da família e da comunidade, operando como fontes de oportunidades de aprendizagem naturais, p.e., ir à igreja ou ao parque (Dunst, 2000);

- Estilos da família e práticas de intervenção que residem na premissa de que pais/cuidadores que encorajam, apoiam e reforçam as competências da criança, provavelmente, aumentam as suas oportunidades de aprendizagem, o que se irá repercutir de forma positiva no seu desenvolvimento (Dunst, 2000);

- Oportunidades de participação que incluem a rede de apoio familiar e comunitária responsável por proporcionar apoio emocional e instrumental, promovendo novas oportunidades de interação para os pais e, como tal, novas aprendizagens (Dunst, 2000).

Posto isto, este modelo bem como a prática e a investigação a ele associadas, remete-nos para a importância que o conhecimento e entendimento acerca das redes de apoio social da família, entre outras variáveis que influenciam o desenvolvimento da criança, têm na planificação e implementação de serviços de IPI de qualidade tanto para as crianças como para as suas famílias (Serrano, 2007).

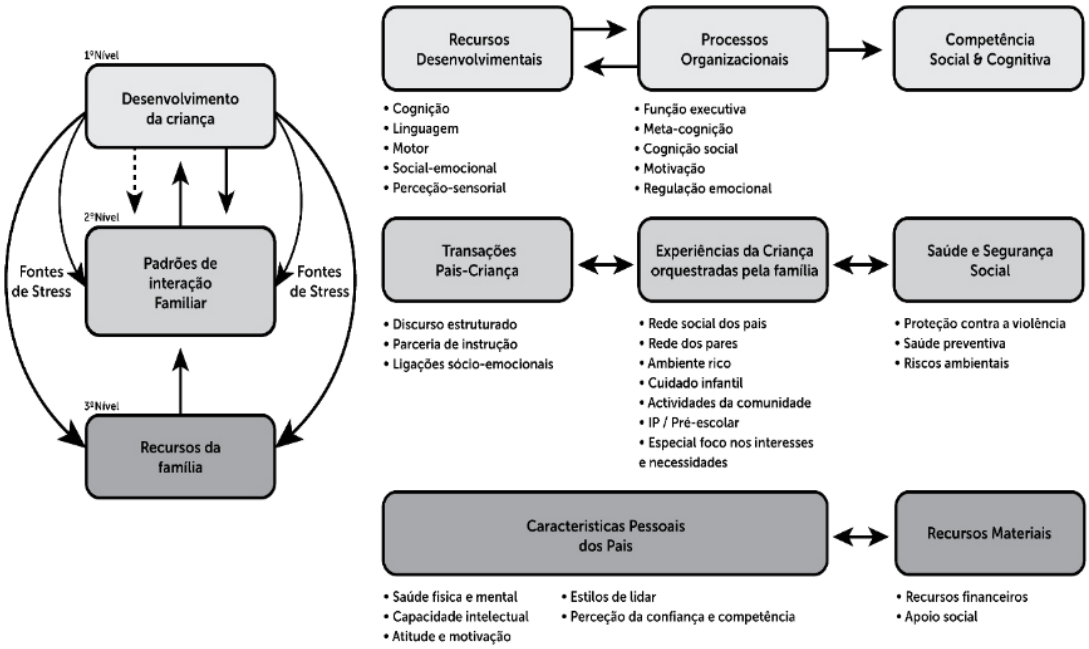
1.3.4. Modelo de Desenvolvimento Sistémico para a Intervenção Precoce de Guralnick (2005, 2011)

O modelo de desenvolvimento sistémico (MDS) emergiu tendo como principais objetivos a padronização das práticas em IPI, a criação de uma relação estreita entre aquilo que é a teoria e o que na prática acontece e, por último, a conceção de um modelo em que fossem incluídos os fundamentos e perceções de outros modelos/teorias. Neste sentido, dentre os modelos influenciadores do MDS destacam-se o modelo bioecológico do desenvolvimento humano e o modelo transacional, sendo que a área da psicopatologia do desenvolvimento é tida, igualmente, como uma forte instigadora do MDS (Guralnick, 2011).

Para este modelo existem três níveis fulcrais que se inter-relacionam, nomeadamente, desenvolvimento da criança, padrões de interação familiar e recursos da família, tal como pode ser analisado através da ilustração presente na figura 6.

Figura 6

Modelo de Desenvolvimento Sistémico (Guralnick, 2011)



Como se pode constatar, o MDS elucida-nos, de forma mais objetiva, para o impacto dos processos e experiências ambientais no desenvolvimento das competências sociais e cognitivas da criança (Carvalho et al., 2016).

O nível 1, relativo ao desenvolvimento da criança, engloba a compreensão de como as crianças usam os seus recursos desenvolvimentais e os processos organizacionais crescentes para expandir as suas competências socias e cognitivas (Guralnick, 2011). Este nível é influenciado por fatores genéticos, epigenéticos e biológicos, mas também por fatores relacionados com as interações entre a criança e o meio envolvente estando já aqui implícito os padrões de interação familiar (Guralnick, 2017). Assim, é nos padrões de interação familiar que estão incluídas a identificação das influências ambientais que, por sua vez, apoiam a competência social e cognitiva emergente da criança, abarcando as transações pais-criança, as experiências promovidas pela família e a garantia da saúde e segurança da criança (Guralnick, 2011). De referir que o MDS reconhece e tem em consideração as caraterísticas individuais da criança, alertando-nos para o facto de que padrões de interação familiares semelhantes podem ter diversos efeitos em crianças com caraterísticas distintas (Guralnick, 2011). Por último, temos o terceiro nível que corresponde

aos recursos da família e que em muitos aspetos determinam estando disponíveis para apoiar os padrões de interação familiar ideais e, deste modo, influenciando-os (Guralnick, 2011).

Um requisito essencial no desenvolvimento de programas de IPI, tendo por base o MDS, é conduzir a uma análise dos padrões de interação familiar e dos recursos da família que podem estar as ser perturbados pela existência de uma criança com necessidades especiais ou em risco. Os ajustes realizados pela família às caraterísticas do seu filho (representados pelas setas a tracejado), essenciais para lhe promover o desenvolvimento ideal, são, muitas vezes, fonte de stress o que poderá causar efeitos adversos nos padrões de interação familiar e, em última instância, na competência cognitiva e social da criança (Guralnick, 2011). Além disso, este modelo atenta, igualmente, às circunstâncias em que já antes do nascimento os recursos familiares são escassos, o que poderá afetar, negativamente, os padrões de interação familiar e, inevitavelmente, o desenvolvimento social e cognitivo da criança (Guralnick, 2011).

Efetivamente, as inter-relações entre os níveis acima descritos e as suas respetivas áreas podem originar efeitos cumulativos resultando em fatores de risco ou de proteção, com efeitos, inevitáveis, no desenvolvimento da criança (Guralnick, 2017).

Em suma, no âmbito do MDS a tarefa central da IPI passa por estabelecer ou reestruturar os padrões de interação familiar num nível tão favorável quanto o possível (Guralnick, 2011).

1.4. Conceito de abordagem centrada na família

Nos últimos anos foi possível constar a ocorrência de avanços bastante significativos no que respeita à IPI, consequência de um conjunto de influências práticas, concetuais e teóricas que, tal como já descrito anteriormente, tiveram enormes repercussões e implicações em vários domínios da IPI e, concomitantemente, na implementação e organização da abordagem centrada na família (Serrano & Pereira, 2011).

A especificidade do significado desta abordagem reside no reconhecimento de que as famílias são o contexto principal para a promoção e para o desenvolvimento da criança; no respeito pelas escolhas e decisões da família; na ênfase das competências da criança e da sua família e nas parceiras entre a famílias e os profissionais envolvidos (Pereira, 2009).

Tendo em conta esta perspetiva, a abordagem centrada na família apoia uma política de reconhecimento e resposta às necessidades de cada membro da família e não apenas da criança

com NE. Assim sendo, ajudar os pais a encontrar uma casa ou emprego ou a conseguirem um subsídio para concluir, por exemplo, um curso universitário, é considerado tão válido quanto localizar equipamentos adaptados ou providenciar, p.e., terapia da fala à criança (McWilliam et al., 2003).

De mencionar, igualmente, que esta abordagem parte também do princípio de que cada família tem as suas competências que advêm das capacidades, dos talentos, das oportunidades, dos valores, das suas experiências e expectativas, como tal, um dos compromissos do profissional é o de facultar e disponibilizar informações credíveis sobre os meios através dos quais essas mesmas competências podem ser reconhecidas, valorizadas, utilizadas e aumentadas (Serrano & Pereira, 2011).

Dunst (2000), mencionado no ponto 1.2.3, conseguiu demonstrar, de forma clara e precisa, a importância da adoção das práticas centradas na família como ferramenta de intervenção recomendada na IPI.

Posto isto, a abordagem centrada na família consiste numa filosofia que defende o bem-estar de todos os membros da família (McWilliam et al., 2003). Para tal, é necessário que os profissionais de IPI trabalhem no sentido de fortalecer os saberes e habilidades da família, através do acesso a novos conhecimentos e informações credíveis, o que irá culminar no aumento de sentimentos de autoconfiança e autoeficácia medulares ao adequando funcionamento familiar. Tal incluiu, conjuntamente, assumir que os pais/cuidadores são competentes, criando oportunidades, nas rotinas diárias, para que os mesmo consigam comprovar isso (Dunst & Trivett, 2009). Do mesmo modo, a importância de minimizar o stress, manter ou melhorar os relacionamentos entre os familiares e permitir à família que siga, quanto possível, o estilo de vida que seguiria se a criança não tivesse NE, constitui outro dos objetivos fundamentais da abordagem centrada na família (McWilliam et al., 2003).

No entanto, convém referir que o facto de se trabalhar com a família não implica que a intervenção tenha por base a abordagem centrada na mesma. Neste sentido, o quadro 4, que se segue, descreve e clarificar as diferentes abordagens que poderão existir na intervenção com as famílias.

Quadro 4

Diferentes tipos de abordagens na intervenção com a família (Dunst, Johanson, Trivette & Hamby, 1991 citado em Carvalho et al., 2016)

Tipo de abordagem	Definição	
	Em relação à família	**Em relação ao profissional**
Centrada na família	É encarada como sendo totalmente competente para efetuar decisões informadas e materializar as suas escolhas. Como tal, é à família que cabe todas as decisões referentes às diferentes etapas do processo de intervenção.	É o agente através do qual a família obtém as informações de que precisa para, conscientemente, tomar as suas decisões, promovendo a coresponsabilização e o aumento de sentimentos de autoeficácia. Neste sentido, a intervenção apoia-se nas forças e competências da família, centrando-se na promoção dessas mesmas competências e na mobilização de recursos e apoios de forma individualizada, flexível e responsiva.
Focalizada na família	É considerada como sendo capaz para realizar escolhas, no entanto, o profissional apenas indica as opções de recursos e apoios que considera serem necessários à família.	Apoia e aconselha a família sobre a forma como deve ocorrer o processo de intervenção, encorajando-a na procura de redes formais de prestações de serviços.
Aliada à família	É percecionada como minimamente competente para concretizar mudanças na sua vida, contudo, só lhe é dado o papel de implementar e desenvolver o plano de intervenção prescrito pelo profissional.	Estabelece e prescreve as intervenções que considera fundamentais para a família.

Centrada no profissional	É julgada como incompetente e problemática tendo, como tal, uma participação passiva ao longo de todo o processo, verificando-se, igualmente, uma evidente negligência pelas suas opiniões e/ou pontos de vista.	É visto como perito que determina as carências da família, sendo a intervenção baseada nos seus défices, cabendo, como tal, ao profissional o papel de os eliminar e de promover mudanças que considera necessárias para um melhor funcionamento familiar. É a abordagem que se assemelha ao modelo médico.

1.4.1. Princípios que sustentam as práticas centradas na família

As práticas subjacentes à abordagem centrada na família denominam-se de práticas centradas na família (PCF) e têm como objetivo primordial capacitar a família, promovendo as suas forças e competências (Dunst, 2002). De referir que as PCF mais do que um tipo de intervenção, dizem respeito à forma como as intervenções deverão ser prestadas tanto à criança como à sua família (Carvalho et al., 2016).

Como referido anteriormente, não basta trabalhar com famílias para se ser centrado na família, para tal é necessário que se tenha em consideração os princípios que orientam/sustentam as PCF de forma a haver uma maior consciência das dificuldades/barreiras que devem ser superadas e ultrapassadas para que todo o processo seja centrado no único e principal elemento de intervenção: a família.

Os princípios das PCF têm sido referidos na literatura, podendo encontrar-se, atualmente, várias descrições de princípios que conferem à intervenção centrada na família o seu caráter único e distintivo de outros serviços (Carvalho et al., 2016). Dunst (1997) e os seus colaboradores desempenharam, a este nível um papel preponderante operacionalizando e divulgando a abordagem e as PCF entre os profissionais de IPI (Carvalho et al., 2016). Apesar de algumas variações destacam—se, no quadro 5, os principais princípios que orientam e sustentam as PCF.

Quadro 5

Princípios orientadores das PCF (Dunst, 1997 citado em Carvalho et al., 2016)

Número	Princípio
1	As famílias e os seus membros são, em todas as circunstâncias, tratados com dignidade e respeito;
2	Os profissionais são sensíveis e responsivos à diversidade cultural, étnica e socioeconómica das famílias;
3	O processo de escolha e de tomada de decisão das famílias ocorre em todas as etapas do processo de intervenção;
4	Os profissionais partilham toda a informação fidedigna e necessária à família, para que esta consiga fazer escolhas informadas e assertivas;
5	O foco das práticas de intervenção assenta nas necessidades, nas prioridades e nas preferências da família;
6	Os profissionais disponibilizam apoios, recursos e serviços às famílias de forma sensível, responsiva e individualizada;
7	Para se atingirem os objetivos identificados pela família, recorre-se a recursos formais, informais e da comunidade;
8	Os profissionais partem dos pontos fortes, das capacidades e dos interesses da criança e da sua família como meio de fortalecer o funcionamento familiar;
9	As relações entre os profissionais e a família caraterizam-se por parcerias colaborativas baseadas na confiança e respeito mútuos e na partilha do processo de resolução de problemas;
10	Os profissionais usam práticas de prestação de ajuda que apoiam e fortificam o funcionamento familiar.

Efetivamente, quando os profissionais e as famílias têm os conhecimentos, as habilidades e a disposição para implementar estas práticas, tanto as crianças como as suas famílias têm mais oportunidades para obterem resultados positivos, o que aumentará a probabilidade da criança atingirem o seu potencial máximo (Sandall, McLean & Smitlh, 2000).

De forma sucinta, descrevem-se, em seguida, alguns dos princípios que caraterizam, diferenciam e permitem, adequadamente, operacionalizar as PCF:

a) encarar a família como a unidade de prestação de serviços

(McWilliam et al., 2003)

Toda a família é unidade de intervenção, como tal, deverão ser consideradas não só as necessidades da criança como, do mesmo modo, as necessidades dos membros da família, seguindo a teoria de que aquilo que afeta um elemento da família tem impacto nos restantes membros (McWilliam, 2010 citado em Carvalho et al., 2016).

b) reconhecer os pontos fortes da criança e da família (McWilliam et al., 2003)

Um dos objetivos das práticas centradas na família passa por valorizar os pontos fortes da família e promover o seu sentido de controlo e decisão sobre o processo de intervenção. Assim sendo, o papel dos profissionais passa por fornecer às famílias toda informação completa e fidedigna para que estas consigam, na ausência de qualquer tipo de julgamento e/ou preconceito, tomar decisões informadas (Shellton & Stepanek, 1994 citado em Carvalho et al., 2016). Neste sentido, família e profissionais tornando-se parceiros quer no desenvolvimento, quer na implementação do processo de intervenção, sendo atribuído à família, o protagonismo que lhe é devido (Carvalho et al., 2016).

c) dar resposta às prioridades identificadas pela família (McWilliam et al., 2003)

A identificação das prioridades e objetivos da família consiste no primeiro passo para uma intervenção, verdadeiramente, centrada na família. Como tal, uma abordagem centrada na família defende uma intervenção que se desenvolve tendo por base os objetivos, as prioridades, as preocupações e as necessidades de toda a família. As práticas realmente responsivas, àquilo que a família considera importante, terão consequências mais positivas uma vez que a família estará naturalmente mais disponível para as adotar (Carvalho et al., 2016).

d) Individualizar as práticas (McWilliam et al., 2003)

As práticas centradas na família, diferenciam-se por serem práticas individualizadas, uma vez que cada família é única e, como tal, as prioridades estabelecidas assim como o plano de intervenção irão refletir as especificidades de cada família. Deste modo, torna-se importante sublinhar a premissa de que as práticas de intervenção não poderão, em momento algum, ser pré-formatadas, pois aquilo que favorece uma família poderá não beneficiar outra (Carvalho et al., 2016).

e) apoiar o modo de vida das famílias (McWilliam et al., 2003)

O nascimento de uma criança tem um grande impacto na rotina de uma família. esta perturbação inicial poderá ser ainda maior se a criança nascer com NE ou se estas forem, posteriormente descobertas. Neste sentido, o objetivo da abordagem centrada na família não é o de perturbar, ainda mais, as rotinas familiares, mas, antes, ajudar a família a atingir o equilíbrio que tanto desejam. Permitir que os pais funcionem como pais e não como terapeutas; desenvolver intervenções que se adaptem, confortavelmente, às atuais rotinas familiares e desenvolver ou fortalecer os sistemas já existentes, de apoio à família, em vez de os substituir por serviços formais, constituem algumas das metodologias destinadas a promover o equilíbrio desejado pela família (McWilliam et al., 2003).

No que concerne a este tópico sobre as PCF, importa ainda referir que de acordo com Dunst (2016), a sua operacionalização caracteriza-se por dois tipos de práticas distintas, mas que se complementam, nomeadamente, as práticas relacionais e as práticas participativas, que convém diferenciar.

Relativamente às práticas relacionais, estas incorporam não só aquelas competências que, por norma, são facilmente identificadas na relação profissionais-família, como a escuta ativa, empatia, compaixão respeito e honestidade, mas também incluem as crenças que os profissionais têm acerca das competências familiares. Assim sendo, estas práticas são demonstradas pelos profissionais na forma como interagem e se relacionam com as famílias, especificamente, quando apresentam uma atitude empática, acolhedora e positiva, quando demonstram disponibilidade para ouvir ativamente a família, quando demonstram respeito pelas suas crenças, valores e cultura, quando comunicam a informação de forma clara e quando utilizam práticas baseadas nas forças da família, reconhecendo e enfatizando as suas competências no alcance dos objetivos pretendidos (Dunst & Trivette, 2005).

Por sua vez, as práticas participativas incluem aquelas formas de atuação que se caraterizam por serem individualizadas e flexíveis, que dão resposta às preocupações e prioridades da família, proporcionando-lhes oportunidades para se envolverem ativamente nas decisões que envolvem todo o processo de intervenção. Neste sentido, estas práticas evidenciam-se quando os profissionais permitem que a família realize escolhas, quando apoiam as decisões e opções familiares, auxiliando-os não só na identificação das prioridades como também na concretização de decisões baseadas em informação fidedigna, o que permitirá avaliar todas as soluções e recursos disponíveis, sobretudo os recursos informais e comunitários (Dunst & Trivette, 2005).

Para além destes dois tipos de práticas estarem, claramente, associados a resultados positivos importa referir que as práticas participativas são as que mais diferenciam as PCF e, como tal, as que contribuem de forma mais significativa para que os progressos ocorram (Dunst, Trivette & Hamby, 2007).

Segundo Dunst (2000), o que de facto diferencia as práticas centradas na família de outras formas de intervenção é, justamente, a utilização simultânea das práticas relacionais e participativas. No seguimento, o mesmo autor enfatiza que as práticas relacionais, empregues de forma isolada, não são suficientes para fortalecer e capacitar a família, como tal, é fundamental a aplicação das práticas participativas que propõem um envolvimento ativo da família ao longo de todo o processo de intervenção.

Num estudo realizado por Costa, Serrano, Dunst, Mestre e Cañadas (2017), foi possível constar que existe uma relação substancial entre as PCF e o empoderamento/capacitação da família e que tanto as práticas/componentes relacionais como as participativas são essenciais na facilitação desse mesmo empoderamento. Contudo, convém ressalvar que foi evidente que as práticas participativas exercem uma maior influência em caraterísticas familiares como as crenças, a autoeficácia, a competência e a confiança dos pais. Neste sentido, e de acordo com este mesmo estudo, a implementação das PCF tem, de facto, um impacto positivo na família, especificamente ao nível das suas crenças e no que respeita aos seus sentimentos de autoeficácia, permitindo concluir que quanto mais envolvidos e ativos os pais/cuidadores estiverem na intervenção, mais positivos serão os resultados. Portanto, quanto maior for a frequência de utilização das PCF, particularmente das práticas participativas, por parte dos profissionais, mais positivo será o impacto ao nível da confiança e das competências da família. Tal como referido, estas práticas estão diretamente relacionadas com as crenças e com o sentimento de autoeficácia da família,

mas também com o seu bem-estar. Por seu lado, o bem-estar parental/familiar está diretamente relacionado com as interações entre família e a criança o que se repercute, naturalmente, de forma positiva no seu desenvolvimento (Costa et al., 2017).

Em suma, ao considerar-se como foco de intervenção toda a família, e não apenas a criança com NE, dando resposta às suas preocupações prioridades e maximizando as estratégias positivas de enfrentamento a eventos causadores de stresse, potencializará o empoderamento da família capacitando-a no acesso a conhecimentos, habilidades e recursos que aumentem a sua qualidade de vida, permitindo-lhe ter uma postura mais ativa e transformadora. A valorização dos contextos naturais, é outro dos fatores a ter em consideração dado que aumentam, de forma bastante considerável, a participação e o envolvimento da criança, permitindo que consolide e fortifique as diversas aprendizagens, facilitando a sua adaptação e inclusão. Deste modo, torna-se essencial que as famílias se sintam apoiadas e valorizadas, pois quando isso acontece desenvolvem sentimentos de autoconfiança e autoeficácia essenciais para o seu bem-estar, permitindo-lhes valorizar os seus contextos naturais e, como tal, ampliar as oportunidades de aprendizagem e de êxito da criança. Dar voz aos pais/cuidadores e permitir que os mesmos participem ativamente em todo o processo de intervenção é a chave para melhorar a qualidade de vida das famílias permitindo que estas, em conjunto com as redes formais e/ou informais de apoio, consigam dar resposta às necessidades e exigências que surgem no dia-a-dia e, deste modo, ser possível potenciar nos diferentes contextos o desenvolvimento integral da criança com NE, alcançando, assim, o verdadeiro sucesso familiar.

1.5. A Terapia da Fala e a IPI

Por norma, associa-se a atuação do terapeuta da fala (TF) a uma metodologia clínica em que predomina uma intervenção, maioritariamente, de um-para-um, mais centrada na criança e na sua problemática. Contudo, são já vários os autores que defendem e consideram a família como elemento fulcral, ao longo de todo o processo de intervenção, no acompanhamento de crianças em terapia da fala (TpF) (Mckean, Phillips & Thompson, 2012; Woods et. al., 2011). Neste sentido, os terapeutas da fala (TF's) devem ser capazes de apresentar um equilíbrio entre aquilo que são as suas competências técnicas, mais direcionadas para a identificação de atrasos/défices, com a capacidade de identificar e valorizar as áreas fortes, orientando-se tendo por base um modelo centrado na família (Beatson, 2006).

Para além da mudança de paradigma que se começa a observar no atendimento e acompanhamento de crianças e suas famílias em TpF, num estudo australiano realizado por Pappas et. al. (2008), com o objetivo de se perceber o impacto da utilização das PCF num pequeno grupo de crianças com alterações de fala e/ou linguagem, foi referido pelas duas TF's entrevistadas, e envolvidas no estudo, que embora acreditem no potencial das PCF na sua intervenção continuam a utilizar um modelo mais centrado no profissional, especificamente, aquando das tomadas de decisão referentes ao processo de intervenção. Segundo as mesmas TF's, a intervenção é inteiramente realizada em contexto clínico, cabendo ao terapeuta todas as decisões relativas ao plano terapêutico, nomeadamente aos objetivos, estratégias de intervenção e também às sugestões de atividades a serem implementadas em contexto de casa da criança. Todavia, as TF's auscultadas mencionaram que quanto maior o envolvimento parental, ao longo da intervenção, mais promissores serão os resultados (Pappas et. al., 2008).

Noutro estudo realizado por Póvoa (2012) em Portugal, com o intuito de se clarificar o papel do TF na equipa de IPI, foi possível constatar que, inicialmente, a metodologia tipicamente presente no atendimento em TpF, constituiu um obstáculo tanto para o próprio TF como para os seus colegas da equipa local de IPI (ELI). Como tal, foi imprescindível a formação, facultada pela ANIP, ao nível da abordagem e das PCF permitindo, assim, aos TF's afastarem-se de conceções e metodologias que apresentavam e que consideravam como absolutas e/ou benéficas (Póvoa, 2012).

Atualmente, o papel do TF na IPI já se encontra clarificado *pela American Speech-Language-Hearing Association* (ASHA, 2008) que define quatro princípios orientadores para o apoio das crianças e das suas famílias, princípios esses que vão ao encontro tanto da abordagem centrada na família como das práticas que vigoram numa ELI e que passamos a descrever:

a) Os serviços são centrados na família, respeitando-a culturalmente e linguisticamente

Tal como defendido *pela Early Childhod Intervention Australia* (2016) as PCF requerem que se considerem as questões socioculturais de cada família na promoção do desenvolvimento da sua criança. No mesmo sentido, é igualmente importante que não se negligencie a língua materna da família e, como tal, sempre que possível deverá existir uma intervenção mediada por uma/um TF bilingue ou por TF's distintos para cada uma das línguas. Desta forma, haverá uma

maior probabilidade da comunicação ser mais eficaz e do envolvimento da família ser maior e, como tal, de aumentar as possibilidades da criança e da sua família alcançarem o sucesso.

b) Os serviços promovem a participação das crianças nos seus contextos naturais

Como referido anteriormente, os contextos naturais são "fontes" inesgotáveis de oportunidades que permitem à criança participar e envolver-se de uma forma inata na aprendizagem. Deste modo, potenciamos de maneira mais eficaz a automatização dessas mesmas aprendizagens, comparativamente ao que acontece quando a intervenção é exclusivamente formal e estruturada em contexto clínico.

c) Os serviços são abrangentes, coordenados e em equipa transdisciplinar

A importância de um modelo transdisciplinar parte do princípio fundamental de que o conhecimento de qualquer elemento da equipa, constituída pela família e pelos profissionais, é de extrema importância para se alcançar os objetivos inicialmente traçados. Para tal, é igualmente imprescindível a comunicação constante, a partilha de informações, de competências e de conhecimentos, com o intuito de promover uma adequada coordenação entre os diferentes elementos da equipa e, deste modo, aumentar as hipóteses de êxito.

d) Os serviços baseiam-se na evidência científica, respeitando a melhoria da qualidade das práticas

Quando os TF's possuem qualificações adequadas e procuram atualizar os seus conhecimentos através de *workshops*, formações contínuas, ou através de outro meio de aprofundamento de competências/aprendizagem, os mesmos devem certificar-se que essas formações se encontram fundamentadas de acordo com a evidência científica, pois só assim é possível garantir a qualidade das práticas e, como tal, dos serviços.

De acordo com Sandall e Schwartz (2003) o TF deve, ainda, evidenciar disponibilidade para criar oportunidades de partilha de conhecimentos através de momentos que permitam a reflexão e o diálogo em equipa, conduzindo, assim, à aprendizagem individual e ao crescimento

em conjunto, isto é, em equipa. Como tal, as reuniões apresentam-se como sendo imprescindíveis pois permitem desenvolver caraterísticas essenciais numa equipa transdisciplinar, nomeadamente:

a) O respeito pelo contributo de qualquer elemento da equipa;
b) Os sentimentos de confiança;
c) A comunicação eficaz;
d) A participação de todos os membros da equipa;
e) As competências da equipa.

Para além do mencionado anteriormente, a ASHA (2008) reforça, igualmente, a necessidade de:

a) Manter a pesquisa continua para a obtenção de informações e conhecimentos de diferentes áreas;
b) Clarificar as interações entre fatores de risco e resiliência que interferem com a probabilidade ou com a gravidade das dificuldades precoces ao nível da comunicação;
c) Desenvolver e adequar a metodologia de identificação no sentido de aumentar a prevenção;
d) Desenvolver e aperfeiçoar as abordagens de intervenção;
e) Fundamentar todo o processo de intervenção em estudos científicos que demonstrem a eficácia e a efetividade das abordagens atuais, assim como os modelos colaborativos vigentes.

Posto isto, tendo em consideração o anteriormente mencionado, os TF's estão cada vez mais dotados de informações que lhes poderão conferir as ferramentas e competências necessárias para que o acompanhamento seja centrado nos principais elementos de intervenção: a criança e a sua família.

2. Metodologia de Investigação

Neste capítulo serão apresentadas as linhas metodológicas, descrevendo-se o desenho da presente investigação. Deste modo, consta deste capítulo a formulação do problema/questão de investigação, a importância do estudo, a metodologia utilizada, a finalidade do estudo, as hipóteses e os objetivos da investigação, a caraterização tanto da amostra, do instrumento de recolha de dados, assim como das variáveis do estudo e, por último, a descrição dos procedimentos utilizados na recolha e tratamento desses mesmos dados.

2.1. Formulação do problema/questões de investigação

De facto, tem ocorrido um enfoque cada vez mais crescente no que concerne à implementação das PCF, no entanto, sabe-se que existe, ainda, diferenças significativas entre o que são as práticas consideradas ideais e aquelas que os profissionais na realidade praticam/aplicam.

Em Portugal, são conhecidos alguns estudos que analisam a autoavaliação das práticas dos vários profissionais integrados em projetos de IP (Pereira, 2009). Sendo que, mais recentemente, realizou-se uma investigação, com o mesmo intuito, dirigida aos terapeutas ocupacionais (Guimarães, 2019) e aos TF's que exercem em contexto clínico (Ferreira, 2020), contudo continuam a ser escassos os estudos a este nível que abordam unicamente os TF's.

Neste sentido, define-se como problema / questões de investigação o seguinte:

(i) Existe alguma correlação entre os anos de experiência, a trabalhar com crianças dos 0 aos 6 anos de idade, e a frequência com que os TF's referem utilizar as PCF?

(ii) Os TF's sabem, de facto, distinguir as PCF de outras práticas de intervenção?

(iii) Poderemos concluir que quanto maior a frequência de utilização das PCF, maiores as noções, por parte dos TF's, acerca das caraterísticas inerentes ao conceito de abordagem centrada na família?

2.2. Importância do estudo

Os TF's, enquanto profissionais com habilitações para intervir junto de crianças e, inevitavelmente, com as suas famílias, deverão ser detentores de saberes e conhecimentos, com

a melhor e mais recente evidência científica, que os capacitem no sentido de obterem os melhores resultados possíveis.

Assim sendo, este estudo poderá constituir uma mais-valia, e, neste sentido, ter um impacto favorável na comunidade científica, nomeadamente na área da TpF, pois poderá conduzir a que se repensem as formas/abordagens de intervenção mais convencionais em que o atendimento aos pais se limita, muitas vezes, à entrevista inicial e todo o processo terapêutico é essencialmente dirigido à criança. Tradicionalmente, na atuação dos TF's a relação com a família começa pela entrevista inicial, durante a qual são levantados os dados referentes ao histórico familiar da criança. Num segundo momento, os pais são chamados, após a avaliação, para a apresentação dos resultados. Os outros momentos são caracterizados pelas orientações e marcados, na maioria das vezes, com intenções de ensinar e corrigir (Souza & Lopes, 2015). No entanto, a *Speech Pathology Australia* (2015) alerta-nos para o facto de que os serviços na área da TpF podem ter por base diversas abordagens, incluindo a abordagem centrada na família, e serem prestados em diferentes contextos, dado que essa mesma abordagem pode ser implementada independentemente do contexto em que ocorre a intervenção (Dunst et al., 2007).

Posto isto, esta proposta de investigação poderá apresentar uma relevância significativa na medida em que, mesmo na impossibilidade de se fazerem generalizações, poderá constituir um ponto de partida para nos elucidar se o que é feito na prática condiz com os pressupostos teóricos defendidos em IPI, ou seja, perceber se, de facto, existe uma conversação entre a teoria, dos conceitos inerentes à IPI, e a prática, revelada através da frequência com os TF's autoavaliam a utilização das PCF. Neste sentido, poderão, ainda, ser criados pressupostos experimentais para que se repensem formações futuras na área da IPI.

2.3. Finalidade e objetivos do estudo

Esta investigação tem como finalidade percecionar e analisar a frequência de utilização das PCF por parte dos TF's em Portugal, incluindo os profissionais que nunca exerceram funções no SNIPI. Pretende-se, igualmente, averiguar se as seguintes variáveis: ano de conclusão da formação inicial, anos de experiência profissional, formação especializada e local de trabalho, influenciam a frequência da utilização das práticas recomendadas em IP pelos TF's e, por fim, perscrutar os seus conhecimentos no que concerne ao conceito de abordagem centrada na família.

Melhorar o esclarecimento entre ideias pré-concebidas, elucidando os profissionais para o que consta na teoria e o que acontece na prática, possibilitando, caso haja viabilidade para tal, que a partir deste conhecimento se repensem as estratégias de formação na área de IPI, é outra das finalidades deste estudo.

Posto isto, formularam-se as hipóteses e os objetivos da investigação presentes no quadro 6 que se segue.

Quadro 6

Hipóteses e objetivos de investigação

Objetivos de Investigação
1. Identificar com que frequência os TF's reportam a utilização de algumas das PCF; 2. Analisar de que forma as variáveis: anos de experiência a trabalhar com crianças dos 0 aos 6 anos; formação especializada e o contexto de trabalho, influenciam a frequência da utilização das práticas recomendadas em IP; 3. Verificar se existe algum efeito entre a frequência de utilização PCF e o conhecimento acerca do conceito de abordagem centrada na família.
Hipóteses de Investigação
<u>Ao considerar os objetivos da investigação colocam-se as seguintes hipóteses</u> H_1: Existe correlação entre os anos de experiência a trabalhar com crianças entre os 0 e os 6 anos de idade e a frequência com que os TF's reportam utilizar as PCF; H_2: Os TF's que apresentam alguma formação especializada, reportam uma maior frequência de utilização das PCF do que os restantes que não referem ter qualquer formação especializada. H_3 Os TF's que exercem ou já exerceram em contexto de ELI, reportam uma maior frequência de utilização das PCF do que os restantes que nunca exerceram em ELI. H_4: Os TF's que selecionam a opção que melhor caracteriza o conceito de abordagem centrada na família são os que reportam uma maior frequência de utilização das PCF.

2.4. Desenho da investigação

As investigações nas áreas da Psicologia e Educação, podem caraterizar-se em duas perspetivas básicas designadas por investigação quantitativa e qualitativa. No caso da investigação quantitativa, utilizada neste estudo, os seus objetivos consistem em explicar, predizer e controlar os fenómenos. No mesmo sentido, o método correlacional centra-se em relacionar variáveis, avaliar a sua interação e diferenciar grupos (Almeida & Freire, 2017).

Posto isto, o presente estudo tem por base um método de investigação quantitativo, sendo que dentro dessa abordagem quantitativa o estudo é de caráter correlacional. Esta opção metodológica prendeu-se com o facto de se considerar que responderá melhor às hipóteses e questões da investigação, permitindo examinar a interações entre as diferentes variáveis.

2.5. Caracterização da amostra

Na presente investigação a amostra é constituída por TF's, integrados ou não em projetos de IP, que se encontrem a exercer ou já exerceram funções junto de crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 6 anos de idade, sendo apenas estes os critérios de inclusão da amostra.

2.6. Método de Amostragem

A amostra desta investigação é não-probabilística por conveniência, dado que foi selecionada de uma forma acessível à investigadora, não tendo havido um critério estatístico na seleção dos indivíduos que compõem a amostra. Como tal, o questionário projetado no *Google Forms*, foi disponibilizado através dos meios convenientes, nomeadamente, através do *e-mail* e das redes socais.

Segundo Almeida e Freire (2017), as amostras não-probabilísticas apesar de conduzirem a boas estimativas das caraterísticas da população que se pretende estudar, não permitem avaliar, de forma objetiva, a exatidão dos dados da amostragem. Como tal, as estimativas alcançadas não são estatisticamente projetáveis no universo, não sendo, portanto, aconselháveis extrapolações dos resultados obtidos à população/universo, o que, por sua vez, se enquadra com o propósito

deste estudo no qual não existe a pretensão de se predizerem generalizações, mas antes testar um instrumento de pesquisa e abrir "caminho" para pesquisas futuras. No que concerne ao subtipo de método de amostragem, especificamente, à amostragem por conveniência, os mesmos autores referem-na como sendo vantajosa, nomeadamente, na execução de pré-teste de questionários ou nos estudos-piloto, que é o caso da presente investigação (Almeida & Freire, 2017).

2.7. Instrumento de recolha de dados

O questionário, presente na secção denominada de anexo A, foi o instrumento utilizado para a recolha de dados, tendo sido elaborado sob a orientação e supervisão da orientadora.

Este questionário, está organizado e é constituído por três partes, como se encontra representado no quadro 7.

Quadro 7

Organização do questionário utilizado na recolha de dados

Parte	Designação
1	Questionário sociodemográfico e profissional
2	Perceção dos TF's sobre as práticas centradas na família
3	Perceção dos TF's sobre o conceito de abordagem centrada na família

2.7.1. Parte 1 – Questionário sociodemográfico e profissional

A primeira parte do questionário foi desenvolvida pela investigadora, com o intuito de obter dados para a caraterização da amostra que, de acordo com a análise e interpretação da literatura, poderão influenciar a frequência de utilização das práticas centradas na família pelos TF's que exercem ou já exerceram funções junto das famílias de crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 6 anos de idade. Neste sentido, esta parte do questionário incluiu a recolha de dados relativamente ao ano de conclusão da formação inicial, à ausência ou presença de formação especializada e, no caso de existir, qual a área/tipo dessa formação e, por último, ao local/locais de trabalho no/s qual/quais já exercem ou exerceram as suas funções.

2.7.2. Parte 2 – Perceção dos terapeutas da fala sobre as práticas centradas na família

Na segunda parte do questionário, igualmente elaborada pela investigadora, selecionaram-se e adaptaram-se algumas questões, correspondentes quer às práticas relacionais, quer às práticas participativas, que mais se ajustavam à dimensão e estrutura deste estudo, baseadas na versão traduzido por Guimarães (2019) do questionário *Family-Centered Helpgiving Practice Checklist* de Wilson e Dunst (2002 citado em Guimarães, 2019). Importa mencionar que, foram utilizadas algumas questões do questionário de Guimarães (2019) por este ter apresentado bons níveis de consistência interna com um *Alfa de Cronbach (α)* igual a 0.84. De acordo com Almeida e Freire (2017), este valor traduz-se numa boa fiabilidade, o que possibilita assegurar a coerência das respostas dos participantes, a cada um dos itens.

De referir que, em conjunto com a orientadora, decidiu-se introduzir outras práticas que não correspondem às PCF nem à filosofia defendida pela abordagem centrada na família, com o intuito de se percecionar o nível de entendimento que os TF's apresentam, verdadeiramente, sobre a temática em estudo.

Posto isto, para além do mencionado, com esta parte do questionário tem-se por objetivo perceber qual a frequência com que os TF's, em Portugal, reportam utilizar as PCF. Para tal, cada profissional é convidado a repensar e a refletir sobre as suas práticas durante todo o processo de intervenção com as famílias e crianças, classificando cada uma das questões, correspondentes à utilização das PCF, empregando a escala de *Likert* com a seguinte legenda:

1-Nunca

2- Raramente

3- Por vezes

4- Frequentemente

5- Sempre

Importa mencionar que relativamente aos itens/práticas que não correspondem às PCF, i.e. que são contraditórias às PCF, espera-se que a sua frequência de utilização seja baixa

2.7.3. Parte 3 – Perceção dos terapeutas da fala sobre o conceito de abordagem centrada na família

Esta última parte do questionário, constituída por uma única questão de escolha múltipla, tem como propósito compreender o que entendem os TF's sobre o conceito que melhor carateriza a abordagem centrada na família. Deste modo, será possível responder a uma das questões desta investigação e averiguar, portanto, se existe algum efeito estatisticamente significativo, para a amostra em estudo, entre a frequência com que os TF's reportam utilizar as PCF e o conhecimento que os mesmo revelam acerca da autenticidade do conceito de abordagem centrada na família.

2.8. Variáveis do estudo

As variáveis de um estudo podem ser analisadas tendo em conta o papel ou estatuto que desempenham, de acordo com as hipóteses formuladas. Assim, uma variável pode ser designada independente ou dependente. A variável independente identifica-se tendo por base a dimensão ou a caraterística que o investigador manipula intencionalmente para descobrir o seu impacto numa outra variável: a dependente. Por sua vez, esta última designa-se como a caraterística que aparece ou se altera quando o investigador, muda ou suprime a variável independente (Almeida & Freire, 2017).

Assim sendo, definiram-se como variáveis dependentes deste estudo o conjunto de itens que constam na parte 2 do questionário, nomeadamente, relacionados com a frequência de utilização das práticas recomendadas em IP e como variáveis independentes os itens relativos aos fatores sociodemográficos e profissionais, especificamente, a experiência profissional, a formação especializada e o local de trabalho.

2.9. Procedimentos de recolha de dados

O questionário do presente estudo, foi introduzido na plataforma gratuita *Google Forms*, atualmente muito utilizada para a criação de questionários e formulários. Uma das grandes vantagens da utilização desta plataforma para uma pesquisa, prende-se com o facto de se revelar bastante prática na recolha dos dados pois o investigador pode enviar o questionário para os

respondentes, via *e-mail* ou através de um *link*, que de forma cómoda poderão proceder ao preenchimento do questionário em qualquer lugar.

Já com a introdução do questionário na referida plataforma *on-line*, este foi submetido a um pré-teste realizado por 3 TF's que não fizeram parte da amostra em estudo, com o intuito de obter opiniões/sugestões acerca da pertinência, clareza e objetividade das questões/ itens que compõem o presente questionário. Após a análise realizada, pelas três colegas, foi sugerido questionar qual o tipo e área da formação especializada bem como trocar a questão "quais os anos de experiência em IPI" por "no caso de exercer ou já ter exercido funções numa ELI, refira os anos de experiência neste âmbito", uma vez que se considerou que a primeira questão poderia induzir a interpretações erróneas, nomeadamente, poder haver profissionais a supor que qualquer TF que trabalha com crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 6 anos apresenta experiência em IPI. As sugestões e o debate proporcionado à volta das mesmas fizeram sentido à investigadora, pelo que foram introduzidas e devidamente modificadas no questionário. Outra das vantagens deste pré-teste prendeu-se com o facto de ser perceber, de forma mais concreta, o tempo necessário para dar resposta ao questionário pois proporcionar aos respondentes um questionário de rápido preenchimento era, também, um dos objetivos da investigadora dado que este fator está associado uma maior adesão de participação. Segundo as colegas TF's o preenchimento integral do questionário não excedeu muito mais do que dez minutos, informação que foi colocada na apresentação e descrição do projeto de investigação.

Posto isto, e após as reformulações mencionadas, procedeu-se à elaboração da versão final do questionário (Anexo A) no *Google Forms* que permitiu criar uma hiperligação através de um *link*, o qual foi divulgado e partilhado pelas redes de contactos da investigadora. Importa mencionar que, previamente ao preenchimento do questionário, todos os participantes foram informados sobre os objetivos da investigação, tendo-se salientado a garantia ao seu anonimato e à confidencialidade dos dados obtidos para uso da presente investigação, mas podendo os mesmos, porventura, serem utilizados em publicações científicas futuras, tendo sempre por base o rigor ético e deontológico exigido.

Por fim, os procedimentos passaram por, primeiramente, exportar os dados do *Google Forms* para o programa *Microsoft Office Excel*™ e, posteriormente, para o programa informático IBM® SPSS® (Statistical Package for Social Sciences, 28.0), no qual se realizaram todas as análises estatísticas necessárias.

2.10. Procedimentos de tratamento de dados

Tal como referido no ponto anterior, os dados recolhidos foram introduzidos no SPSS versão 28.0 de forma a proceder-se ao seu tratamento e análise, recorrendo-se tanto à estatística descritiva como inferencial.

De acordo com Almeida e Freire (2017), primeiramente, recorre-se à estatística descritiva, que é a etapa inicial da análise, para descrever e resumir os dados recolhidos. Através de gráficos, tabelas ou quadros, apresenta-se a amostra, no que respeita às suas caraterísticas descritivas mais importantes, fazendo-se, igualmente, referências aos resultados das variáveis analisadas. Neste sentido, a estatística descritiva permite analisar e descrever as características das variáveis recorrendo às medidas de frequências absolutas (n), relativas (%) e medidas de tendência central como é o caso da média, moda e mediana.

Num segundo momento de análise, e no que à testagem de hipóteses diz respeito, os resultados são analisados recorrendo-se à estatística inferencial, especificamente, do tipo correlacional que possibilita relacionar e analisar a interação entre variáveis (Almeida & Freire, 2017). Posto isto, no presente estudo, foram utilizados os seguintes testes estatísticos:

a) Coeficiente de Correlação de Spearman para associação de uma variável intervalar e uma variável ordinal;
b) Teste Mann-Whittney para averiguar se as ordens médias de dois grupos independentes ao nível de uma variável dependente ordinal diferem.

O nível de significância mínimo considerado foi de 0.05 ($p \leq 0.05$).

Para a realização desta análise estatística foi utilizado, tal como supramencionado, o programa informático IBM® SPSS® (Statistical Package for Social Sciences, 28.0).

De referir que, preliminarmente foram realizados os testes de normalidade e homogeneidade da variância para todas as variáveis dependentes, através do teste Kolmogorov-Smirnov, constatando-se para todas as variáveis o não cumprimento dos pressupostos subjacentes à utilização de testes paramétricos.

Ainda ao nível dos procedimentos de tratamento de dados, importa mencionar que um dos grandes pressupostos implícitos à utilização de testes paramétricos consiste no facto da variável a analisar ter de ser intervalar. Assim sendo, no caso das associações todas as variáveis

a analisar têm de ser intervalares e no caso de diferenças inter e intra-sujeitos, a variável dependente tem de ser intervalar (Martins, 2011). De acordo com Martins (2011), um dos exemplos mais evidentes de que estamos perante uma variável ordinal são os itens de escalas de Likert, que foi a escala utilizada no presente estudo.

Posto isto, optou-se pela utilização de testes não-paramétricos, pelo facto de as variáveis dependentes, em estudo, serem ordinais e por, concomitantemente, não apresentarem uma distribuição normal, tal como mencionado acima.

3. Apresentação dos Dados e Resultados

Neste capítulo, será apresentada a estatística descritiva e inferencial dos dados obtidos através das três partes que compõem o questionário utilizado no presente projeto de investigação.

3.1. Estatística descritiva dos resultados obtidos através da Parte 1- Questionário sociodemográfico e profissional

Participaram neste projeto de investigação 64 TF's, tendo os mesmos alegado e afirmado o facto de já terem exercido ou de estarem a exercer funções junto de crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 6 anos de idade. Desta forma, a amostra considerada foi de 64 participantes.

3.1.1. Caracterização da amostra em função da variável ano de conclusão da formação inicial em terapia da fala

Relativamente ao ano de conclusão da formação inicial, a maioria dos respondentes revela ter concluído a licenciatura em terapia da fala entre os anos de 2010 e 2013, tal como se pode verificar na Tabela 1 que se segue.

Tabela 1

Caracterização da amostra em função da variável ano de conclusão da formação inicial em TpF

Ano de Conclusão	N	%
1999-2002	2	3.1
2003-2005	1	1.6
2006-2009	13	20.3
2010-2013	22	34.4
2014-2017	15	23.4
2018-2021	11	17.2

Total	64	100

3.1.2. Caracterização da amostra em função da variável anos de experiência a trabalhar com crianças dos 0 aos 6 anos de idade e suas famílias

Através da análise da Tabela 2 é possível constatar que quase metade da amostra total revela ter entre 5 a 10 anos de experiência no exercício das suas funções junto de crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 6 anos de idade e respetivas famílias. Por sua vez, apenas 3.1% da amostra, o equivalente a 2 respondentes, menciona ter entre 17 e 22 anos de experiência profissional com crianças da faixa etária referida.

Tabela 2

Caracterização da amostra em função da variável anos de experiência a trabalhar com crianças dos 0 aos 6 anos de idade e suas famílias

Anos de Experiência	N	%	Média	Desvio Padrão
1 - 4	16	25.0	8.20	4.55
5-10	29	45.3		
11-16	17	26.6		
17-22	2	3.1		
Total	64	100		

3.1.3. Caracterização da amostra em função da variável formação especializada

No que concerne à formação especializada (pós-graduação, mestrado ou doutoramento), e tal como se pode constar na Tabela 3, 82.8% dos TF's, demonstram ter alguma formação especializada, por seu turno, apenas, 17.2% revela não ter nenhuma especialização.

Tabela 3

Caracterização da amostra em função da variável formação especializada

Formação Especializada	**N**	**%**
(1) Sim	53	82.8
(2) Não	11	17.2
Total	64	100

Em relação ao tipo de especialização, a pós-graduação é a que apresenta maior representatividade num universo de 53 respondentes, os quais revelaram ter alguma formação especializada. Em contrapartida, nenhum dos 53 TF's menciona possuir a formação académia de doutoramento e 4 profissionais não especificam o tipo de formação especializada. Importa igualmente mencionar, que 2 TF's indicaram possuir, apenas, mestrado e 3 referiram ter ambos os graus académicos, ou seja, pós-graduação e mestrado, tal como se pode observar na tabela 4.

Tabela 4

Caracterização da amostra em função da variável tipo de formação especializada

Tipo de Formação Especializada	**N**	**%**
Pós-Graduação	45	84.91
Mestrado	2	3.77
Mestrado + Pós-Graduação	3	5.66
Doutoramento	0	0
Não Especificado	3	5.56
Total	53	100

Posto isto, e de forma a ficarmos mais elucidados sobre a(s) área(s) em que os TF's mais investem para aumentar o seu grau académico, procedeu-se a uma análise de conteúdo, dada a heterogeneidade dos dados, presente na Tabela 5. Neste sentido, foi possível verificar que maioritariamente, nesta amostra, os TF's aprofundam os seus conhecimentos na área da

motricidade orofacial (33.33%), logo a seguir surgem as pós-graduações nas áreas da comunicação, linguagem, fala e audição (22.22%). De mencionar, que a designação atribuída a pós-graduações nestas áreas apresentou-se demasiado diversificada, pelo que foram incluídas neste grupo todas as pós-graduações intitulando as áreas referidas. No que concerne à pós-graduação e ao mestrado em Educação Especial, os mesmo foram divididos de acordo com a área de especialização, no entanto, um número considerável de profissionais não a mencionou pelo que lhes foi atribuída a classificação de "pós-graduação/metrado em Educação Especial sem outra especificação". Por seu turno, os sujeitos que não mencionaram a área da formação especializada foram incluídos no grupo designado "Não Especificado". Importa ainda referir que alguns sujeitos reportam ter formação especializada em mais do que uma área, o que justifica o número total de formações ser superior ao número de sujeitos que reportam ter.

Tabela 5

Caracterização da amostra em função da variável área da formação especializada

Área da Formação Especializada	N	%
Pós-graduação em Motricidade Orofacial	21	33.33
Pós-graduação nas áreas da Comunicação, Linguagem, Fala e/ou da Audição	14	22.22
Pós-graduação em Neurodesenvolvimento.	3	4.76
Pós-graduação em Disfagias	3	4.76
Pós-graduação em Intervenção na Infância e/ou Adolescência	3	4.76
Pós-graduação em Necessidades Educativas Especiais	2	3.17
Pós-graduação em Perturbação do Espetro do Autismo e/ou Comunicação Aumentativa e Alternativa	2	3.17
Pós-graduação em Gestão	1	1.59
Pós-graduação em TF em Contexto Educativo	1	1.59
Pós-graduação em Educação Especial sem especificação	1	1.59
Pós-graduação em Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor	1	1.59

Pós-graduação em Perturbações Neurológica no Adulto	1	1.59
Pós-graduação em Envelhecimento Ativo	1	1.59
Mestrado em Educação Especial sem especificação	3	4.76
Mestrado em Educação Especial área de especialização em IP	1	1.59
Mestrado em TF – Práticas Avançadas em Fala	1	1.59
Não Especificado	4	6.35
Total	63	100

3.1.4 Caracterização da amostra em função da variável local de trabalho

No que concerne à caraterização da amostra em relação à variável local de trabalho, é notório que a grande maioria dos sujeitos refere que exerce ou já exerceu funções em mais do que um local de trabalho, no acompanhamento de crianças dos 0 aos 6 anos de idade e suas famílias (75.0%), sendo que os restantes 25.0% reportam ter exercido ou exercer funções num único local de trabalho.

Mais especificamente, num total de 64 respondentes, quase metade refere que trabalha ou trabalhou, simultaneamente, em contexto escolar e em clínica e/ou gabinete privado (42.19%), seguem-se os indivíduos que já exerceram ou exercem as suas funções, exclusivamente, em contexto de clínica e/ou gabinete privado (14.06%) e com 10.94% encontram-se os sujeitos que referem trabalhar ou já ter trabalhado conjuntamente em escola, clínica e/ou gabinete privado e numa ELI. Informações mais detalhadas podem ser consultadas na tabela 6, que se segue.

Tabela 6

Caracterização da amostra em função da variável local de trabalho.

Local de Trabalho	N	%
Escola + Clínica e/ou gabinete privado	27	42.19
Escola + Clínica e/ou gabinete privado + Hospital	5	7.81
Escola + Clínica e/ou gabinete privado + IPSS	1	1.56

Escola + Clínica e/ou gabinete privado + ELI	7	10.94
Escola + Clínica e/ou gabinete privado + Domicílios	2	3.13
Escola + Clínica e/ou gabinete privado + Centro de Saúde + ELI	1	1.56
Escola + Clínica e/ou gabinete privado + Centro de Acolhimento Temporário	1	1.56
Clínica e/ou gabinete privado + Hospital	2	3.13
Clínica e/ou gabinete privado + ELI	1	1.56
Clínica e/ou gabinete privado + IPSS	1	1.56
Escola	3	4.69
Clínica e/ou gabinete privado	9	14.06
ELI	3	4.69
Hospital	1	1.56
Total	64	100

3.1.5. Caracterização da amostra em função da variável trabalho ou já trabalhei em contexto de ELI

Num total de 64 sujeitos, que responderam ao questionário, 13 reportam exercer ou já ter exercido funções numa ELI em contrapartida 51 sujeitos menciona nunca ter trabalhado em contexto de ELI, tal como se pode constatar na Tabela 7.

Tabela 7

Caracterização da amostra em função da variável trabalho ou já trabalhei numa ELI

Trabalho em ELI	N	%
(1) Trabalham ou já trabalharam numa ELI	13	20.3
(2) Nunca trabalharam numa ELI	51	79.7
Total	64	100

No que se refere aos anos de experiência a trabalhar numa ELI, mais de metade dos sujeitos, 61.5%, reporta ter entre 6 meses (0.5 anos) até 5 anos de experiência e 38.5% refere ter entre 6 e 11 anos de experiência, tal como exposto na Tabela 8.

Tabela 8

Caracterização da amostra em função da variável anos de experiência a trabalhar em ELI

Anos de Experiência em ELI	N	%	Média	Desvio Padrão
0.5-5	8	61.5	4.46	3.52
6-11	5	38.5		
Total	13	100		

3.2. Propriedades Psicométricas da Parte 2 do Questionário - Perceção dos TF's sobre as PCF

Nesta etapa, e de forma determinar a confiabilidade do questionário, procedeu-se à análise da consistência interna através da utilização do método de *Alfa de Cronbach (α)* que se revelou igual a 0.86. Segundo Pestana e Gageiro (2014) os valores de α variam entre 0 e 1, sendo que são os valores que mais se aproximam de 1que revelam uma maior fiabilidade. Tendo em conta o referido por estes autores, o nosso valor de α apresenta uma boa fiabilidade.

3.3. Estatística descritiva dos resultados obtidos através da Parte 2 do Questionário - Perceção dos TF's sobre as PCF

No que se refere à frequência de utilização das PCF por parte dos TF's, através da Tabela 9 podemos constatar que 54.7% dos sujeitos refere que utiliza sempre a prática "Escuto de forma ativa, acolhendo e dando resposta às necessidades família,", por sua vez à questão "considero que na minha intervenção implemento as PCF", apenas 14.1% dos TF's menciona fazê-lo sempre. De salientar que a numeração de 1 a 5 corresponde à escala de *Likert*, já mencionada no capítulo anterior, em que 1 corresponde a nunca e 5 a sempre.

Tabela 9

Frequência de utilização das PCF pelos TF's

Itens das PCF	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2.1. Considero que na minha intervenção implemento as práticas centradas na família.	0	0	2	3.1	18	28.1	35	54.7	9	14.1
2.2. Interajo com a família de forma calorosa, empática e sem julgar.	0	0	1	1.6	2	3.1	29	45.3	32	50.0
2.3. Partilho toda a informação fidedigna e necessária à família, para que esta consiga fazer escolhas informadas e assertivas.	0	0	0	0	4	6.3	27	42.2	33	51.6
2.4. Comunico com e sobre a família de forma clara e positiva, focando-me nos seus pontos fortes e não nas suas dificuldades.	0	0	2	3.1	6	9.4	43	67.2	13	20.3
2.6. Escuto de forma ativa, acolhendo e dando resposta às necessidades da família.	0	0	0	0	4	6.3	25	39.1	35	54.7
2.8. Ao longo de todo o processo de intervenção, apoio a família de forma a que esta decida o que considera melhor para si.	0	0	1	1.6	5	7.8	31	48.4	27	42.2
2.9. Reconheço, valorizo e enalteço as competências e capacidades da família, criando oportunidades, ao longo de todo o processo de	0	0	0	0	9	14.1	40	62.5	15	23.4

intervenção, para que a mesma comprove isso.										
2.11. O meu papel é, essencialmente, fornecer apoio e informações para que a família consiga tomar decisões conscientes e esclarecidas.	1	1.6	1	1.6	13	20.3	35	54.7	14	21.9
2.12. Avalio, aprofundadamente, as rotinas da criança e da família em casa, dando resposta aquelas que mais preocupam e mais stress causam à família.	0	0	7	10.7	22	34.4	25	39.1	10	15.6
2.13. Encorajo a família a identificar e utilizar atividades da rotina e do interesse da criança para potencializar as aprendizagens.	1	1.6	1	1.6	4	6.3	31	48.4	27	42.2
2.14. Intervenho tendo por base um modelo de articulação em equipa transdisciplinar.	1	1.6	5	7.8	19	29.7	29	45.3	10	15.6

1- Nunca; 2- Raramente; 3- Por vezes; 4- Frequentemente; 5- Sempre

Tal como referido no capítulo anterior, com o intuito de se percecionar, igualmente, se os TF's são capazes de diferencias as PCF de outras práticas de atuação, foram introduzidas, ao longo da segunda parte do questionário, outras práticas que não tem por base uma bordagem centrada na família e que, portanto, não correspondem e são antagónicas às PCF. Através da análise da Tabela 10, é possível verificar que mais de metade dos TF's, 64.1%, refere que partilha sempre com a família a informação que considera relevante, por outro lado, apenas 20.3% revela considera-se sempre apto, enquanto profissional, para fazer escolhas e tomar decisões.

Tabela 10

Frequência de utilização de outras práticas pelos TF's

Itens das Outras Práticas	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2.5. Partilho, com a família, a informação que considero relevante.	0	0	0	0	0	0	23	35.9	41	64.1
2.7. Encorajo a família a participar no processo de intervenção, nomeadamente, em momentos que considero relevantes e que, na minha perspetiva, irão beneficiar a família.	0	0	1	1.6	5	7.8	22	34.4	36	56.3
2.10. Considero que, enquanto profissional, possuo as informações e os conhecimentos necessários para fazer escolhas e tomar decisões.	0	0	1	1.6	14	21.9	36	56.3	13	20.3

1- Nunca; 2- Raramente; 3- Por vezes; 4- Frequentemente; 5- Sempre

Na Tabela 11, que se segue, apresentamos a média e o desvio padrão referentes à frequência de utilização das PCF pelos TF's.

A partir da sua análise, é possível comprovar que a prática com média superior e, por conseguinte, em que os TF's reportam uma frequência de utilização maior, é a prática "escuto de forma ativa, acolhendo e dando resposta às necessidades da família", por sua vez, a prática com a média mais baixa, e a que os TF's reportam como sendo a menos utilizada, é a prática "intervenho tendo por base um modelo de articulação em equipa transdisciplinar", o que vem corroborar o mencionado anteriormente.

Tabela 11

Média e desvio padrão da frequência de utilização das PCF pelos TF's

Itens das PCF	Média	Desvio Padrão
2.1. Considero que na minha intervenção implemento as práticas centradas na família.	3.80	0.717
2.2. Interajo com a família de forma calorosa, empática e sem julgar.	4.44	0.639
2.3. Partilho toda a informação fidedigna e necessária à família, para que esta consiga fazer escolhas informadas e assertivas.	4.45	0.615
2.4. Comunico com e sobre a família de forma clara e positiva, focando-me nos seus pontos fortes e não nas suas dificuldades.	4.05	0.653
2.6. Escuto de forma ativa, acolhendo e dando resposta às necessidades da família.	4.48	0.617
2.8. Ao longo de todo o processo de intervenção, apoio a família de forma a que esta decida o que considera melhor para si.	4.31	0.687
2.9. Reconheço, valorizo e enalteço as competências e capacidades da família, criando oportunidades, ao longo de todo o processo de intervenção, para que a mesma comprove isso.	4.09	0.610
2.11. O meu papel é, essencialmente, fornecer apoio e informações para que a família consiga tomar decisões conscientes e esclarecidas.	3.94	0.794
2.12. Avalio, aprofundadamente, as rotinas da criança e da família em casa, dando resposta aquelas que mais preocupam e mais stress causam à família.	3.59	0.886
2.13. Encorajo a família a identificar e utilizar atividades da rotina e do interesse da criança para potencializar as aprendizagens.	4.28	0.786
2.14. Intervenho tendo por base um modelo de articulação em equipa transdisciplinar.	3.66	0.895

Relativamente à média e ao desvio padrão pertencentes à frequência de utilização de outras práticas por parte dos TF's, a Tabela 12 permite-nos facilmente tirar as seguintes ilações: "partilho, com a família, a informação que considero relevante" é a que apresenta a maior média e "considero que, enquanto profissional, possuo as informações e os conhecimentos necessários para fazer escolhas e tomar decisões" é a que apresenta a média mais baixa, informação que corrobora o exposto na Tabela 10.

Tabela 12

Média e desvio padrão da frequência com que os TF's reportam utilizar outras práticas

Itens Outras Práticas	Média	Desvio Padrão
2.5. Partilho, com a família, a informação que considero relevante.	4.64	0.484
2.7. Encorajo a família a participar no processo de intervenção, nomeadamente, em momentos que considero relevantes e que, na minha perspetiva, irão beneficiar a família.	4.45	0.711
2.10. Considero que, enquanto profissional, possuo as informações e os conhecimentos necessários para fazer escolhas e tomar decisões.	3.95	0.700

3.4. Estatística descritiva dos resultados obtidos através da Parte 3 do Questionário - Perceção dos TF's sobre o conceito de abordagem centrada na família

Na terceira e última parte do questionário, pedia-se aos TF's que selecionassem a opção que, na sua ótica, melhor carateriza o conceito de abordagem centrada na família. A partir da Tabela 13 é possível verificar que 51.6% dos TF's seleciona a opção 2, que corresponde à opção correta, e 48,4% não seleciona a opção correta. Sendo assim 33 sujeitos optaram pela opção correta e 31 reponderam de forma incorreta.

Tabela 13

Perceção dos TF's sobre o conceito de abordagem centrada na família

Tipo de Abordagem	N	%
(1) A família é considerada como sendo capaz de realizar escolhas. O profissional indica as opções de recursos e apoios que considera necessários à família, aconselhando-a sobre a forma como deverá decorrer o processo de intervenção e encorajando-a na procura de redes formais de prestação de serviços.	29	45.3
(2) A família é considerada competente para efetuar escolhas, cabendo-lhe todas as decisões referentes ao processo de intervenção. O profissional é apenas o agente através do qual a família obtém as informações de que precisa, fortalecendo os seus sentimentos de autoconfiança e autoeficiência. A intervenção norteia-se tendo em consideração as prioridades da família.	33	51.6
(3) A família é percecionada como minimamente competente para concretizar mudanças na sua vida. O profissional estabelece e prescreve as intervenções que considera fundamentais para a família.	2	3.1
Total	64	100

3.5. Resultados obtidos através da estatística inferencial tendo em conta as hipóteses formuladas nesta investigação

Nesta etapa, apresentaremos os resultados alcançados, tendo em consideração as hipóteses formuladas no presente estudo. Neste sentido, faremos referência a todas as hipóteses, inicialmente, elaboradas seguindo-se os resultados obtidos através dos testes estatísticos utilizados de acordo com a hipótese em análise. De referir que optamos por analisar as PCF de outras práticas separadamente, uma vez que a análise destas últimas apenas tem por objetivo procurar entender qual o nível de entendimento e a perspicácia que os TF's revelam na identificação das PCF de outras práticas de atuação e não testar as hipóteses colocadas.

3.5.1. H_1 - Existe correlação entre os anos de experiência a trabalhar com crianças entre os 0 e os 6 anos de idade e a frequência com que os TF's reportam utilizar as PCF

Com o intuito de se verificar a existência ou não de correlação entre os anos de experiência a trabalhar com crianças dos 0 aos 6 anos e a frequência com que os TF's reportam utilizar as PCF, recorreu-se ao Coeficiente de Correlação de Spearman (*Spearman Correlation Coefficient,* r_s). Deste modo, pela análise da Tabela 14 é possível constatar, que apenas a questão 2.1 que corresponde a "considero que na minha intervenção implemento as práticas centradas na família" apresenta uma correlação estaticamente significativa (r_s = .269, p =.032), o que nos permite concluir que quanto mais sãos os anos de experiência, mais os TF's reportam utilizar as PCF.

Por sua vez, no que concerne às outras práticas, os valores obtidos não revelam correlação significativa entre os anos de experiência a trabalhar com crianças dos 0 aos 6 anos e a frequência com que os TF's reportam a utilização deste tipo de práticas, tal como se pode observar através da Tabela 15.

Tabela 14

Correlação entre os anos de experiência e a frequência de utilização das PCF

Itens PCF	**Anos de Experiência a trabalhar com crianças dos 0 aos 6 anos (N=64)**	
	r_s	p
2.1	.269	.032*
2.2	.076	.552
2.3	.198	.117
2.4	.151	.234
2.6	.112	.378
2.8	.208	.100
2.9	.225	.074
2.11	.182	.150
2.12	.064	.615

2.13	.154	.223
2.14	.134	.291

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

Tabela 15

Correlação entre os anos de experiência e a frequência de utilização de outras práticas

Itens Outras Práticas	**Anos de Experiência a trabalhar com crianças dos 0 aos 6 anos(N=64)**	
	r_s	***p***
2.5	.163	.197
2.7	.202	.110
2.10	.118	.355

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

3.5.2. H_2 - Os TF's que apresentam alguma formação especializada, reportam uma maior frequência de utilização das PCF do que os restantes que não referem ter qualquer formação especializada.

Através da utilização do teste de *Mann-Whitney (U),* para análise de dois grupos independentes ao nível de uma variável dependente ordinal, foi possível constatar que a ausência ou presença de formação especializada não se apresenta estatisticamente significativa na frequência de utilização em nenhuma das PCF, como se pode comprovar a partir da análise da Tabela 16.

Tabela 16

Correlação entre os anos de experiência e a frequência de utilização de outras práticas

Itens PCF	Com Formação Especializada (n=53) Média	Sem Formação Especializada (n=11) Média	*U*	*p*
2.1	3.79	3.82	288.50	.953
2.2	4.38	4.73	207.00	.089
2.3	4.43	4.55	256.50	.483
2.4	4.02	4.18	259.50	.492
2.6	4.51	4.36	272.00	.694
2.8	4.30	4.36	269.00	.657
2.9	4.06	4.27	239.00	.278
2.11	3.91	4.09	260.50	.542
2.12	3.57	3.73	260.50	.560
2.13	4.28	4.27	263.00	.573
2.14	3.57	4.09	203.00	.093

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

Por seu lado, consta-se uma influência estatisticamente significativa entre a variável formação especializada e a frequência com que os TF's mencionam reportar a prática discordante das PCF, referente ao item 2.5 "partilho, com a família, a informação que considero relevante." (U = 197.00, p = .043). Pela análise da Tabela 17 é percetível que o grupo de TF's que revela não ter formação especializada é o que reporta uma maior frequência de utilização deste tipo de prática (M = 4.91).

Tabela 17

Influência da presença ou não de formação especializada na frequência com que os TF's reportam o uso de outras práticas

Itens Outras Práticas	Com Formação Especializada (n=53) Média	Sem Formação Especializada (n=11) Média	*U*	*p*
2.5	4.58	4.91	197.00	.043*
2.7	4.47	4.36	289.00	.960
2.10	3.98	3.82	252.00	.433

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

3.5.3. H_3 –Os TF's que exercem ou já exerceram em contexto de ELI, reportam uma maior frequência de utilização das PCF do que os restantes que nunca exerceram em ELI.

No sentido de analisar a influenciam de exercer ou já ter exercido funções numa ELI na frequência de utilização das práticas utilizou-se, igualmente, o teste de *Mann-Whitney (U).* Deste modo, verificou-se que a diferença só se revela estatisticamente significativa para o grupo que revela exercer ou já ter exercido funções numa ELI ao nível do item 2.1, que diz respeito a "considero que na minha intervenção implemento as práticas centradas na família" (U = 194.00, p = .011, M = 4.23), sendo este o grupo que reporta uma maior utilização desta prática, tal como se pode observar na Tabela 18.

Tabela 18

Influência de exercer/ já ter exercido funções numa ELI na frequência com que os TF's reportam o uso das PCF

Itens PCF	ELI (n=13) Média	Não ELI (n=51) Média	*U*	*p*
2.1	4.23	3.69	194.00	.011*
2.2	4.31	4.47	265.00	.210
2.3	4.38	4.47	293.00	.469
2.4	3.85	4.10	250.00	.101
2.6	4.54	4.47	323.00	.872
2.8	4.15	4.35	253.00	.146
2.9	4.15	4.08	315.50	.756
2.11	4.08	3.90	300.00	.581
2.12	4.00	3.49	226.00	.063
2.13	4.46	4.24	294.00	.487
2.14	3.54	3.69	297.00	.539

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

No que concerne à utilização de "outras práticas", através da análise da Tabela 19 é possível constatar que nenhum dos grupos (ELI e Não ELI) apresenta uma influência estatisticamente significativa no reporte do uso das práticas antagónicas às PCF.

Tabela 19

Influência de exercer/ já ter exercido funções numa ELI na frequência com que os TF's reportam o uso de outras práticas

Itens Outras Práticas	ELI (n=13) Média	Não ELI (n=51) Média	*U*	*p*
2.5	4.62	4.65	321.00	.833

2.7	4.46	4.45	326.00	.917
2.10	3.77	4.00	269.50	.248

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

3.5.4. H4 – Os TF's que selecionam a opção que melhor caracteriza o conceito de abordagem centrada na família são os que reportam uma maior frequência de utilização das PCF

As opções que os respondentes tinham à sua disposição eram três, contudo, como apenas 2 sujeitos selecionaram a opção 3, "a família é percecionada como minimamente competente para concretizar mudanças na sua vida. O profissional estabelece e prescreve as intervenções que considera fundamentais para a família.", optou-se por formar 2 grupos independentes: TF's que selecionaram a opção que melhor caracteriza o conceito de abordagem centrada na família e TF's que selecionaram as outras duas opções. Neste sentido, 33 TF's optaram corretamente e os restantes 31 não.

Para investigar se os TF's que selecionaram a opção que melhor carateriza o conceito de abordagem centrada na família, são aqueles que reportam uma maior frequência de utilização das PCF recorreu-se ao teste de *Mann-Whitney (U).* Através deste encontraram-se diferenças estatisticamente significativas para as práticas 2.3 (U = 375.50, p = .040, M = 4,61); 2.6 (U = 380.00, p = .046, M = 4,61); 2.8 (U = 343.00, p = .012, M = 4.52); 2.9 (U = 384.50, p = .047; M = 4.24) e 2.13 (U = 379.50, p = .049; M = 4.42). De referir o grupo que selecionou a opção que melhor caracteriza o conceito de abordagem centrada na família é o que reporta um maior uso destas práticas, comparativamente ao grupo que não fez uma seleção correta do referido conceito, como se pode constatar na Tabela 20.

Por sua vez, relativamente à utilização de outras práticas observa-se, a partir da Tabela 21, uma diferença estatisticamente significativa para o item 2.7 (U = 380.00, p = .046, M = 4.61), revelando, igualmente, que os TF's que selecionaram a opção correta reportam uma maior frequência de utilização desta prática que, tal como já mencionado, é divergente das PCF.

Tabela 20

Seleção da opção que melhor carateriza a abordagem centrada na família e a frequência de utilização das PCF

Itens PCF	Selecionaram a opção correta (n=33) Média	Selecionaram as opções erradas (n=31) Média	*U*	*p*
2.1	3.79	3.81	501.50	.881
2.2	4.55	4.32	426.00	.194
2.3	4.61	4.29	375.50	.040*
2.4	4.03	4.06	504.00	.903
2.6	4.52	4.45	380.00	.046*
2.8	4.52	4.10	343.00	.012*
2.9	4.24	3.94	384.50	.047*
2.11	4.03	3.84	449.50	.357
2.12	3.67	3.52	423.50	.211
2.13	4.42	4.13	379.50	.049*
2.14	3.55	3.77	469.50	.547

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

Tabela 21

Seleção da opção que melhor carateriza a abordagem centrada na família e a frequência de utilização de outras práticas

Itens Outras Práticas	Selecionaram a opção correta (n=33) Média	Selecionaram as opções erradas (n=31) Média	*U*	*p*
2.5	4.70	4.58	452.00	.336
2.7	4.61	4.29	380.00	.046*
2.10	3.79	4.13	384.50	.057

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

4. Discussão dos Resultados

Neste capítulo analisar-se-ão os resultados obtidos, tendo em consideração as hipóteses inicialmente delineadas para este projeto de investigação e, sempre que exequível, referenciar-se-á a literatura da área.

4.1. Discussão dos resultados considerando-se as hipóteses definidas

4.1.1. H_1 - Existe correlação entre os anos de experiência a trabalhar com crianças entre os 0 e os 6 anos de idade e a frequência com que os TF's reportam utilizar as PCF

Analisando os resultados obtidos na primeira hipótese, constata-se que a influência dos anos de experiência profissional a trabalhar com crianças dos 0 aos 6 anos de idade apenas revela uma correlação significativa para o item 2.1 "considero que na minha intervenção implemento as práticas centradas na família" e, como tal, é possível concluir que os TF's que reportam uma maior utilização das PCF são os que apresentam mais anos de experiência a trabalhar com crianças dos 0 aos 6 anos de idade.

Esta constatação vai ao encontro de alguns estudos realizados em Portugal (Pimentel, 2005; Pereira, 2009; Guimarães, 2019 e Ferreira, 2020). De acordo com um estudo de Dempsey e Carruthers (1997, citado por Pereira & Serrano, 2014), os profissionais com mais de 5 anos de experiência obtiveram melhores resultados nas PCF, nomeadamente, na componente participativa e mais especificamente na capacidade de empoderamento das decisões e escolhas das famílias, em comparação com os profissionais que detinham 5 ou menos anos de serviço. No mesmo sentido, num estudo realizado na Finlândia com o objetivo de se analisar o impacto da experiência profissional e da compreensão sobre as PCF no acompanhamento de famílias com crianças com paralisia cerebral, os autores concluíram que o aumento da experiência profissional pode ter um impacto positivo nos sentimentos de segurança e autoconfiança do profissional conduzindo, portanto, a uma maior valorização e enfoque na família (Jeglinsky et al., 2012).

Contrariando o mencionado, no estudo realizado por McWilliam et al. (2000) os profissionais com mais anos de experiência em clínica e em serviços de saúde, na sua generalidade, foram aqueles que revelaram uma menor tendência para utilizar uma abordagem centrada na família, deste modo, e de forma exclusiva, o número de anos de experiência

profissional não poderá ser preditor de uma maior utilização da abordagem centrada na família. Do mesmo modo, Pereira (2003) no seu projeto de investigação não encontrou correlações estatisticamente relevantes entre o tempo de experiência profissional e a frequência de utilização das PCF por parte dos profissionais. No entanto, importa referir que estes estudos são muito próximos do surgimento do modelo de IP de terceira geração de Dunst (2000), o que poderá estar relacionado com a sua pouca notoriedade e baixo impacto na prática de muitos profissionais nesta época, principalmente no caso de Portugal (Dunst, 2000; Guimarães, 2019).

Para além do referido, importa mencionar que no nosso estudo o número de sujeitos com mais de 5 anos de experiência é consideravelmente maior do que aqueles que revelam ter menos de 5 anos, o que pode ter influenciado os resultados apresentados. Como tal, devido a isto não nos é possível predizer e generalizar estas hipóteses, tornando-se, por conseguinte, pertinente que estudos futuros sejam realizados com uma amostra maior e mais abrangente, ao nível do número de anos de experiência profissional, de forma a que se retirem ilações mais rigorosas e concretas.

Relativamente à utilização das outras práticas e como já referido no presente projeto de investigação, o intuito da sua introdução relaciona-se com o facto de perceber a perspicácia dos TF's para identificar e diferenciar as PCF de outras práticas de atuação. Deste modo, era expectável que nestas práticas, intituladas de "outras práticas", a frequência da sua utilização fosse reduzida, ou seja que a sua média fosse inferior, contudo não é o que os resultados apontam.

De acordo com García-Sánchez, et al. (2018), é frequente a ocorrência de equívocos entre a filosofia subjacente às PCF e algumas das práticas que são utilizadas pelos profissionais. Assim sendo, variadas vezes os profissionais autoavaliam-se de forma errónea ao julgarem que utilizam as práticas condizentes com as PCF mas, no concreto, isso não acontece (Vilaseca et al., 2018), tal como no presente estudo se verifica, em que os TF's reportam uma frequência de utilização considerável das outras práticas que, por sua vez, se revelam antagónicas às PCF.

4.1.2. H_2 - Os TF's que apresentam alguma formação especializada, reportam uma maior frequência de utilização das PCF do que os restantes que não referem ter qualquer formação especializada.

A este nível dada a heterogeneidade de formações especializadas mencionadas pelos TF's, criaram-se dois grupos: um grupo que apresentava algum tipo de formação especializada (pós-graduação, mestrado e/ou doutoramento) (n = 53) e outro grupo sem qualquer tipo de formação

especializada (n = 11). A partir da análise da Tabela 5, acima exposta, conseguimos facilmente concluir que a amostra de TF's deste estudo demonstra um enorme interesse na busca por formações que potenciam o desenvolvimento da sua qualidade técnica e dos seus conhecimentos clínicos, em específico nas diferentes áreas da TpF, uma vez que apenas 4 sujeitos reportam possuir formação especializada em IP. Esta constatação foi, igualmente, observada no estudo de Guimarães (2019) com terapeutas ocupacionais e no estudo de Batista (2011), onde se verificou que a quase totalidade dos TF's (99,6%) revelou a necessidade de realizar formações com o intuito de valorizar e/ou aperfeiçoar a sua prática profissional, nomeadamente, ao nível das áreas da deglutição, comunicação não verbal, fluência e motricidade orofacial. Por conseguinte, é, de facto, na área da motricidade orofacial que os sujeitos da nossa amostra mais demonstram investir.

Relativamente à segunda hipótese colocada, através da análise dos dados presentes na Tabela 16 é possível comprovar que a variável formação especializada não se revela influente na frequência com que os TF's reportam utilizar as PCF presentes no questionário deste projeto de investigação. O mesmo é comprovado no estudo de Martins (1999) e Pereira (2009), o que poderá estar relacionado não só com o facto dos profissionais, tal com já referido, terem preferência por especializações que abordam as competências mais técnicas de uma área em específico, mas também pela heterogeneidade das especializações referidas.

Por sua vez, no que concerne à utilização de outras práticas, a variável formação especializada apresenta-se estatisticamente significativa para a prática 2.5 relativa a "partilho, com a família, a informação que considero relevante.", sendo percetível que o grupo de TF's que revela não ter formação especializada é o que reporta uma maior frequência de utilização deste tipo de prática, apresentando a este nível uma média superior. Posto isto, mais uma vez denotam-se não só as dificuldades na diferenciação entre as práticas maioritariamente utilizadas e aquelas que se referem às PCF, mas também à importância de se investir em formação especializada que mesmo não sendo especifica da área da IPI, como é notório no presente estudo, poderá fornecer ferramentas aos profissionais para que estes se sintam mais confiantes e seguros no sentido de capacitarem as famílias além das áreas, identificadas aquando da avaliação, como sendo as mais pertinentes e/ou essenciais para a criança e para a sua família. No entanto, é importante alertar para o facto da impossibilidade de se predizerem e de se efetuarem generalizações, pelas caraterísticas e objetivos inerentes aos dados deste estudo.

Estes resultados alertam-nos, portanto, para a importância, cada vez maior, das instituições de ensino superior darem ênfase à abordagem centrada na família e não, exclusivamente, ao modelo clínico, de forma a capacitarem os profissionais para atuarem, eficientemente, no âmbito da IPI. (Pereia, 2009; Carvalho et al., 2018; Vilaseca et al., 2018; Guimarães, 2019). De acordo com a ASHA (2016) e Pappas et al. (2008), a atuação dos TF's assenta, frequentemente, na passagem de estratégias à família e na "prescrição" de atividades para a criança realizar em contexto de casa no sentido de dar continuidade ao concretizado em contexto clínico, o que nos demonstra a presença marcada de um modelo focado na criança e na sua problemática. Neste sentido, torna-se urgente e necessário a reestruturação de programas de formação que permitam, aos diversos profissionais, uma formação qualificada em IPI que lhes possibilite a integração e implementação das PCF nos diferentes contextos de atuação em que se encontram inseridos (Brotherson, Summers, Bruns & Sharp, 2008; Bruder et al., 2005; Snyder & Wolfe, 2008 citado por Pereira, 2009), pois, independentemente do local/contexto da intervenção se o profissional implementar as PCF, os resultados alcançados serão mais satisfatórios (Dunst et al., 2007). Todavia, para além da formação especializada, torna-se relevante referir que, segundo Dunst, Trivette & Hamby (2010e Vilaseca et al. (2018), há uma maior tendência para os profissionais tirarem mais benefícios através da observação e aplicação das PCF, nos seus contextos de trabalho, pelo que referem a importância de se desenvolverem ferramentas de monitorização das PCF através de mentorias, da supervisão, do *feedback* do desempenho e de técnicas de *coaching*.

4.1.3. H_3 - Os TF's que exercem ou já exerceram em contexto de ELI, reportam uma maior frequência de utilização das PCF do que os restantes que nunca exerceram em ELI.

A este nível, comprovou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o grupo que exerce ou já exerceu funções numa ELI e o grupo que nunca exerceu em ELI, apenas para a questão 2.1 que diz respeito a "considero que na minha intervenção implemento as práticas centradas na família", revelando-nos que o grupo que mencionou exercer ou já ter exercido funções em contexto de ELI é aquele que reporta uma maior utilização das PCF.

Estes dados poderão estar relacionados, do nosso ponto de vista, com o facto de, por norma, se facultar aos profissionais inseridos em projetos públicos de IPI formações contínuas

que lhes permitem não só afastar-se das suas iniciais conceções, como também reconhecer, adotar e implementar as PCF tendo sempre em consideração o rigor científico a estas subjacente. Mais uma vez denota-se, aqui, a importância de se apostar na formação específica na área da IP ao nível de todos os profissionais que atuam junto de crianças e suas famílias pois, para Dunst et al. (2019) quem participa em palestras, formações, entre outras formas de obtenção de informação, revela uma maior importância e demonstra uma maior frequência de utilização das PCF.

Relativamente às outras práticas não se verificam valores estatisticamente significativos para nenhum dos grupos, contudo, torna-se pertinente referir que o grupo de TF's que nunca exerceu em contexto de ELI revela, na sua generalidade, uma maior média nestas práticas o que significa que reportam um maior uso das mesmas (quanto maior a média maior a utilização das práticas), alertando-nos, mais uma vez, tanto para a dificuldade dos TF's em diferenciarem as PCF de outras práticas de atuação, como para a falta de formação, no âmbito da IP, ao nível dos profissionais que não se encontram elencados a projetos públicos de IP. No entanto, importa referir que, neste projeto de investigação, o número de TF's que exercem ou já exerceram numa ELI é bastante inferior ao número de TF's que trabalham noutros contextos, pelo que estudos com grupos mais homogéneos poderão originar resultados mais claros e fidedignos a este nível.

4.1.4. H_4 - Os TF's que selecionam a opção que melhor caracteriza o conceito de abordagem centrada na família são os que reportam uma maior frequência de utilização das PCF

Analisando a quarta e última hipótese, verificaram-se diferenças significativas, entre os dois grupos, no que diz respeito aos seguintes itens referentes às PCF: 2.3 "partilho toda a informação fidedigna e necessária à família, para que esta consiga fazer escolhas informadas e assertivas; 2.6 "escuto de forma ativa, acolhendo e dando resposta às necessidades da família"; 2.8 "ao longo de todo o processo de intervenção, apoio a família de forma a que esta decida o que considera melhor para si"; 2.9 "reconheço, valorizo e enalteço as competências e capacidades da família, criando oportunidades, ao longo de todo o processo de intervenção, para que a mesma comprove isso" e 2.13 "encorajo a família a identificar e utilizar atividades da rotina e do interesse da criança para potencializar as aprendizagens".

De facto, 33 sujeitos, num total de 64, revelam ter conhecimentos acerca da definição que melhor carateriza a abordagem centrada na família e, como tal, era expectável, pelo entendimento demonstrado, que reportassem uma maior frequência de utilização das PCF, que é o que se verifica no presente estudo, para as PCF acima referidas. No entanto, a análise não poderá ser assim tão linear pois no que concerne aos itens relativos às outras práticas de atuação o mesmo grupo, que selecionou a opção que melhor define o conceito de abordagem centrada na família, é o que reporta uma maior frequência de utilização da prática 2.7 "encorajo a família a participar no processo de intervenção, nomeadamente, em momentos que considero relevantes e que, na minha perspetiva, irão beneficiar a família" que, por sua vez, se apresenta como oponente à prática 2.3. "partilho toda a informação fidedigna e necessária à família, para que esta consiga fazer escolhas informadas e assertivas.", que revelou, igualmente, valores estatisticamente significativos para o mesmo grupo. Efetivamente, os TF's que revelam um maior conhecimento sobre o conceito em análise são os que reportam uma maior utilização de algumas das PCF, contudo, o facto de reportarem uma frequência de utilização, também ela, significativa numa outra prática, discordante das PCF, revela-nos que mesmo ao verificar-se que os profissionais, deste estudo, manifestam algum conhecimento sobre o conceito em causa, é notória uma ausência de clarificação em relação às PCF e à abordagem centrada na família pela contradição já referida, o que poderá ser um indício da ausência da sua aplicabilidade ao nível da intervenção, alertando-nos, igualmente, para a possibilidade da existência de uma diferença entre o que se reporta como sendo ideal e o que, na verdade, se pratica.

Esta constatação vem corroborar o já mencionado anteriormente, em que muitos profissionais acabam por confundir as PCF com outras práticas (García-Sánchez, et al., 2018), o que conduz a que autoavaliem a frequência com que utilizam as PCF de forma desfasada da realidade (Vilaseca et al., 2018). Também Dunst, et al. (2014), nos alertam para o facto de que as perceções que os profissionais reportam acerca das suas práticas, muitas vezes, não correspondem aquilo que aplicam na prática.

No estudo de Pacheco (2019), os resultados obtidos demonstram, na sua generalidade, evidências que as práticas típicas e ideais não vão ao encontro das práticas recomendadas internacionalmente. No mesmo sentido, Pimentel (2005) alerta-nos, no seu projeto de investigação que existem evidentes disparidades entre aquilo que são as práticas ideais, e o que, na verdade, se pratica. Também Esteves (2018) refere, no seu projeto de investigação, que o que consta na teoria, acerca do conceito de abordagem centrado na família, não é o que, exatamente, se verifica

nas práticas dos profissionais. Demonstrando concordância com o anteriormente exposto Monteiro (2010), menciona que os profissionais do seu estudo manifestam uma prática distante daquela que seria ideal.

Posto isto, de facto, a abordagem centrada na família continua a ser um desafio constante, tanto para os profissionais como para as famílias (Espe-Sherwindt, 2008). Deste modo, urge, cada vez mais, caso ainda não se verifique, a necessidade de se incorporar nos programas das licenciaturas as temáticas inerentes à IPI (Carvalho et al., 2018; Vilaseca et al., 2018) de forma a permitir, a este nível, uma formação inicial qualificada, tendo por base as mesmas conceções teóricas que permitam aos profissionais praticarem uma "linguagem comum", no que diz respeito aos conceitos e domínios subjacentes à IPI.

5. Conclusões, Limitações e Recomendações

Devido às suas evidentes limitações, o modelo médico tem sido, ao longo dos anos, objeto de várias críticas, não só pelo facto do profissional assumir o papel de *"expert"*, direcionado para a deteção e eliminação da patologia, como também pelas evidentes limitações que impõem à participação do recetor, enquanto beneficiário dos serviços e recursos (Dunst, Trivette & Deal, 1988; Serrano, 2007; Serrano & Correia, 1990).

O surgimento das teorias sistémicas, na década de 60, veio acentuar o enfoque, cada vez maior, na família, destacando-a como um sistema amplo e dotado de uma valiosa complexidade de interações e influências. (Pereira & Serrano, 2010). Estes progressos, tiveram um impacto de extrema importância na concetualização e na operacionalização da IP, o que permitiu passar de uma intervenção centrada, exclusivamente, na criança e na sua patologia, onde os profissionais eram percecionados como peritos e aos quais lhe cabiam todas as decisões com o objetivo de eliminar os défices e promover, apenas, o desenvolvimento da criança, para uma intervenção centradas na família e nas suas áreas de maior realização, em que os profissionais passam a assumir uma postura de facilitadores, encorajando e capacitando a família de forma a que esta seja parte integrante de todo o processo de intervenção e se sinta capaz de tomar as melhores decisões para si e para a sua criança. A intervenção passa, deste modo, a centrar-se na família, nas suas preocupações e necessidades. Do mesmo modo, assiste-se a uma evidente mudança no que aos objetivos da IP diz respeito, passando estes a ter como foco a prevenção, o desenvolvimento da criança e o empoderamento/capacitação da família, reconhecida como unidade de intervenção (Carvalho et al., 2016).

A ocorrência destes evidentes avanços ao nível da IP, consequência de um conjunto de influências práticas, concetuais e teóricas, tiveram enormes repercussões e implicações em vários dos seus domínios e, simultaneamente, na implementação da abordagem centrada na família (Serrano & Pereira, 2011). As práticas subjacentes a esta abordagem denominam-se de PCF e têm como objetivo primordial capacitar a família, promovendo as suas forças e competências (Dunst, 2002).

Têm sido notórios os benefícios inerentes à utilização das PCF, sendo, igualmente, inequívoco que as intervenções onde estas práticas são implementadas estão diretamente relacionadas com melhorias significativas em alguns domínios da vida das famílias. Posto isto,

torna-se fundamental que os profissionais assumam novos papéis e que desenvolvam novas competências no trabalho junto crianças e suas famílias (Serrano, 2009).

Atualmente, o papel do TF na IPI já se encontra clarificado *pela American Speech-Language-Hearing Association (ASHA, 2008),* a qual define quatro princípios orientadores para o apoio das crianças e das suas famílias, que vão ao encontro tanto da abordagem centrada na família como das práticas subjacentes à intervenção em IPI, nomeadamente, serviços centrados na família respeitando a sua diversidade cultural e linguística; serviços que promovam a participação da criança nos seus contextos naturais; serviços coordenados e em equipa transdisciplinar e serviços que tenham por base práticas fundamentadas na melhor e mais recente evidência científica. Assim sendo, os TF's estão cada vez mais dotados de informações, alicerçadas na evidência científica, que lhes poderão conferir as competências necessárias para que ocorra a mudança de paradigma, permitindo que a família seja colocada no eixo central de todo o processo de intervenção.

Neste sentido, torna-se imprescindível que se avaliem a utilização das PCF pelos TF's, com o intuito de possibilitar que as mesmas sejam universalizadas, otimizando os serviços prestados às famílias. Em Portugal, vários estudos têm sido desenvolvidos com este objetivo, contudo, por norma, o seu foco é nos profissionais afetos aos projetos públicos de IP (Guimarães, 2019). No entanto, dado o elevado número de profissionais que intervêm juntos de crianças entre os 0 e os 6 anos noutros contextos, urge a necessidade de se avaliar a perceção destes profissionais no que concerne às PCF, para que, apesar do contexto de intervenção as PCF, que cientificamente têm demonstrado repercussões mais positivas, sejam implementadas de forma a permitir a transversalidade deste modelo a todas as crianças e famílias, independentemente do serviço ser prestado ao abrigo do SNIPI ou não.

Seguidamente, salientam-se alguns dos resultados obtidos no presente projeto de investigação que, por sua vez, se encontram, igualmente, fundamentados no capítulo relativo à discussão de dados.

No que concerne ao ano de conclusão da formação e aos anos de experiência a trabalhar junto de crianças dos 0 aos 6 anos de idade, podemos concluir que os TF's que acabaram o curso há mais anos e os que apresentam, igualmente, mais anos de experiências foram os que reportaram uma maior utilização das PCF. No entanto, no que às práticas "outras práticas" diz respeito, verificamos, concomitantemente, que são os TF's que terminaram o curso há mais tempo

que reportam utilizar mais uma das práticas antagónicas às PCF. De facto, a literatura tem-nos vindo a alertar que a implementação das páticas é um caminho árduo que carece de uma mudança de paradigma ao nível da intervenção, completamente contrária ao modelo clínico e que, variadas vezes, as perceções dos profissionais não correspondem às suas práticas reais, pela ocorrência de equívocos entre a filosofia subjacente às PCF e a algumas das práticas que são utilizadas pelos profissionais (Dunst, et al., 2014; Espe-Sherwindt, 2008; García-Sánchez, et al.,2018; McWilliam et al., 2000; Vilaseca et al., 2018).

Deste modo, é necessário que se invista em formação de qualidade ao nível dos modelos e práticas que norteiam a IP pois, como refere Pereira (2009), a implementação da abordagem centrada na família é dificultada, na maioria das vezes, pela falta de formação específica a este nível.

No nosso estudo, conseguimos constatar que a variável formação especializada não se apresenta estatisticamente significativa ao nível da frequência com que os TF's reportam utilizar as PCF presentes no questionário, o que poderá estar relacionado não só com o facto dos profissionais terem revelado uma maior preferência por especializações que abordam as competências mais técnicas de uma área em específico, mas também pela heterogeneidade das especializações referidas. Por sua vez, ao nível da utilização de "outras práticas", a variável formação especializada apresenta-se estatisticamente significativa para a prática 2.5 relativa a "partilho, com a família, a informação que considero relevante.", tendo sido percetível que o grupo de TF's que revela não ter formação especializada é o que reporta uma maior frequência de utilização deste tipo de prática. Posto isto, mais uma vez, estão aqui inerentes duas perceções importantes: 1) as dificuldades dos TF's em diferenciar as PCF de outras práticas de atuação; 2) a importância de se investir em formação especializada, pois mesmo que esta não seja específica da área da IP, como é notório na maioria dos sujeitos do presente estudo, poderá fornecer ferramentas aos profissionais no sentido destes se sentirem mais confiantes e seguros para capacitarem as famílias além das áreas que as avaliações aplicadas revelem como sendo prioritárias e/ou essenciais para a criança e para a sua família.

Estes resultados alertam-nos, portanto, para a importância de se promover o conhecimento, no âmbito da abordagem centrada na família e das PCF, desde o ensino superior para que os TF's, independentemente de estarem ou não afetos a projetos públicos de IP, sejam detentores de competências e qualificações que lhes permitam ter o melhor desempenho junto

das crianças e suas famílias. Para além disto, o acesso a estes conhecimentos, logo aquando da formação inicial, e o reconhecimento dos benefícios associados à implementação das PCF, poderá conduzir a que os TF's se afastem das conceções impostas pela modelo clínico, ainda muito presente, e se sintam impulsionados a investir, cada vez mais, em formações especializadas na área da IP.

No mesmo sentido, a nossa quarta hipótese vem reforçar a importância de se investir em formação no âmbito da IP uma vez que foi o grupo de TF's, que referiram exercer ou já ter exercido em contexto de ELI, que reportou uma maior frequência de utilização das PCF tendo, igualmente, apresentado, na sua generalidade, uma frequência de utilização inferior nas "outras práticas", comparativamente ao grupo que nunca exerceu as suas funções numa ELI. Estes resultados podem ser justificados pelo facto dos profissionais, afetos a uma ELI, receberem formação especifica e de haver supervisão e acompanhamento na utilização das PCF, como já acontece em algumas equipas ELI. Todavia, é de mencionar que, neste estudo, o número de sujeitos que trabalham ou já trabalharam numa ELI é muito inferior ao número de sujeitos que referiram exercer noutros contextos, pelo que, em investigações futuras seria interessante que se conseguisse um maior equilíbrio entre os dois grupos de forma a perceber a tendência evolutiva dos resultados, e, assim, conseguir-se retirar ilações mais concretas e coesas, a este nível.

Por fim, a nossa última hipótese vem-nos mostrar que 33 dos 64 sujeitos revelam conhecer a definição que melhor carateriza o conceito de abordagem centrada na família, tendo sido este grupo a manifestar que utiliza mais algumas das PCF, contempladas no questionário, contudo, foi também este grupo que apresentou valores estatisticamente significativos no reporte de uma das práticas antagónicas às PCF. Esta contradição vem-nos mostrar, uma vez mais, que para além de alguns TF's demonstrarem ter um conhecimento geral sobre os conceitos estes não se encontram clarificados e, como tal, os profissionais não estão devidamente elucidados sobre as particularidades dos mesmos. A este nível, vários autores alertam-nos para o facto de ser frequente a ocorrência de equívocos entre a filosofia subjacente às PCF e algumas das práticas que são utilizadas pelos profissionais, o que conduz a que os profissionais, variadas vezes, se autoavaliem de forma errónea ao julgarem que utilizam as PCF, o que, no concreto, não acontece (García-Sánchez, et al., 2018; Vilaseca et al., 2018). Posto isto, não só a formação como também a supervisão e o acompanhamento dos profissionais, tendo por base práticas reflexivas, uma vez mais, afiguram-se de extrema importância na clarificação dos conceitos e na elucidação dos profissionais em relação à abordagem centrada na família e ao benefício da implementação das

PCF. Profissionais informados, fazem as melhores escolhas e permitindo-lhes ser detentores de uma consciência mais inequívoca das suas práticas, o que, direta ou indiretamente, se poderá repercutir no aumento da qualidade dos serviços prestados à criança e à sua família.

Relativamente às limitações do nosso estudo, salienta-se o facto da nossa amostra não ser representativa do universo de TF's existente em Portugal, o número de sujeitos que reportam exercer ou já ter exercido em contexto de ELI ser bastante inferior ao grupo de TF's que revela trabalhar noutros contextos, a existência de uma grande heterogeneidade de formações especializadas e, por último, o facto deste questionário não estar validado nem aferido. Posto isto, deixam-se as seguintes recomendações para futuros projetos de investigação: 1) efetuar um projeto de investigação que tenha como intuito auscultar os diretores dos cursos de TpF e/ou os alunos recém licenciados, de forma a que se consiga perceber se o plano curricular/plano de estudos do curso inclui, ou não, a abordagem centrada na família e as PCF, e no caso de se constatar que não aborda tentar inquirir as razões pelas quais isso está a acontecer; 2) realizar um estudo comparativo entre TF's com formação especializada em IPI e TF's com outras formações especializadas, em que o número de sujeitos de cada grupo seja mais equilibrado, no sentido de se perceber a influência da formação especializada na frequência com que estes profissionais reportam utilizar as PCF e, por último, 3) efetuar um estudo comparativo entre TF's que exercem numa ELI e TF's que trabalham noutros contextos, em que os grupos apresentem um maior equilíbrio entre si, com o intuito de se avaliar e comparar , de forma mais fidedigna, a frequência de utilização das PCF entre estes dois grupos e, a partir daí, se possível, identificar que caminhos poderão ser traçados no sentido de se difundir a abordagem centrada na família e a implementação das PCF a todos os contextos de intervenção que envolvam crianças e famílias.

Referências Bibliográficas

Almeida, I. C. (1997). A Perspectiva Ecológica em Intervenção Precoce. *Cadernos CEACF, 13(14)*, 29-39.

Almeida, I. C. (2000). A Importância da intervenção precoce no actual contexto sócio-educativo. *Cadernos CEAS*, *15*(16), 55-74.

Almeida, I. C., Carvalho, L., Ferreira, V., Grande, C., Lopes, S., Pinto, A. I., Portugal, G., Santos, P., & Serrano, A. M. (2011). Práticas de intervenção precoce baseadas nas rotinas: Um projeto de formação e investigação. *Análise Psicológica*, *29*(1), 83-98.

Almeida, L. S., & Freire, T. (2017). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (5º Edição). Psiquilíbrios.

American Speech-Language-Hearing Association. (2008). Roles and responsibilities of speech-language pathologists in early intervention. *Technical Report [Technical Report]*. https://www.asha.org/ce/

Batista, J. S. N. (2011). *O perfil do terapeuta da fala em Portugal* [Dissertação de Mestrado, Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro]. Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. http://hdl.handle.net/10773/7714

Beatson, J. E. (2006). Preparing speech-language pathologists as family-centered practitioners in assessment and program planning for children with autism spectrum disorder. *Seminars in Speech and Language*, *27*(1), 1-9. https://doi.org/10.1093/slr/hmi021

Benetti, I. C., Vieira, M. L., Crepaldi, M. A., & Schneider, D. C. (2013). Fundamentos da teoria bioecológica de Urie Bronfenbrenner. *Pensando Psicologia, 9*(16), 89-99.

Bronfenbrenner, U. (Ed.) (2004). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development* (1º Edição). Sage Publications Ltd.

Brown, W., Thurman, S. K., & Pearl, L. F. (Eds.). (1993). *Family-centered early intervention with infants and toddlers: Innovative cross-disciplinary approaches* (1º Edição). Paul H Brookes Publishing.

Carvalho, L., Almeida, I., Felgueiras, I., Leitão, S., Boavida, J., Santos, P., Serrano, A., Brito, T., Pimentel, J., Pinto, A., Grande, C., Brandão, T., & Franco, V. (2016). *Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um guia para profissionais*. ANIP.

Correia, N. C. C. (2011). *A importância da intervenção precoce para as crianças com autismo na perspectiva dos educadores e professores de educação especial* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação Almeida Garrett]. Repositório Científico Lusófona. http://hdl.handle.net/10437/1489

Costa, C., Serrano, A., Dunst, C., Mestre, J. M., Cañadas, M. (2011). Práticas centradas na família e os resultados familiares: avaliação de práticas de intervenção precoce na perspetiva da família. *Revista de Estudios e Investigación em Psicología Y Educación*, *Extr.*(11), A11-277. https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.11.3015.

Costa, V. L. S. (2012). *Intervenção Precoce: Estudo exploratório sobre a prática de uma equipa disciplinar* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação João de Deus]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/2437/1/TeseVeraCosta.pdf

Cruz, A. I., Fontes, F., Carvalho, M. L. (2003). *Avaliação da satisfação das famílias apoiadas pelo PIIP: Resultados da aplicação da escala ESFIP*. Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. Livros SNR (nº21). http://hdl.handle.net/10400.26/34498

Decreto-Lei nº 281/2009 do Ministério da Saúde (2009). Diário da República: I série, n.º 193. https://www.dgs.pt/sistema-nacional-de-intervencao-precoce-na-infancia/legislacao/decreto-lei-n-2812009-pdf.aspx

Despacho conjunto n.º 891/99. Ministério da Educação; Ministério da Saúde; Ministério do Trabalho e Ministério da Solidariedade Diário da República (1999). Diário da República: II série, n.º 244. https://www.seg-social.pt/documents/10152/35267/Desp_C_891_99/f918f1e8-c9c0-4b42-9a60-158121ebf019

Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Deal, A. G. (1988). *Enabling and empowering families: Principles*

and guidelines for practice (4º Edição). MA: Brookline Books.

Dunst, C. J. (2000). Revisiting "Rethinking Early Intervention". *Topics in Early Childhood Special Education*, *20*(2), 95-104. https://doi.org/10.1177/027112140002000205

Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (2005). Characteristics and consequences of family-centered help-giving practices. *CASEmakers*, *1*(6), 1-4. https://fipp.ncdhhs.gov/publications-products/case-publications/casemakers/

Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (2007). Meta-analysis of family-centered help-giving practices research. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, *13*(4), 370-378. https://doi.org/10.1002/mrdd.20176

Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (2009). Capacity-Building Family-Systems Intervention Practices. *Journal of Family Social Work*, *12*(2), 119-143. https://doi.org/10.1080/10522150802713322

Dunst, C., Trivette, C., & Hamby, D. (2010). Meta-analysis of the effectiveness of four adult learning methods and strategies: Supplemental tables and references. *International Journal of Continuing and Lifelong Learning*, *3*(1), 91-112.

Dunst, C. J., Bruder, M. B., & Espe-Sherwindt, M. (2014). Family Capacity-Building in Early Childhood Intervention: Do Context and Setting Matter? *School Community Journal*, *24*(1), 37-49. https://eric.ed.gov/?id=EJ1032240

Dunst, C. J., Espe-Sherwindt, M., & Hamby, D. W. (2019). Does Capacity-Building Professional Development Engender Practitioners' Use of Capacity-Building Family-Centered Practices? *European Journal of Educational Research*, *8*(2), 515-526. https://www.eu-jer.com/

Early Childhood Intervention Australia Ltd. (2016). *The National Best Practice guidelines for Early Childhood Intervention*. Sydney: Early Childhood Intervention Australia.

Espe-Sherwindt, M. (2008). Family-centred practice: collaboration, competency and evidence. *Support for Learning*, *23*(3), 136-143. https://doi.org/10.1111/j.1467-9604.2008.00384.x

Esteves, V. L. L. (2018). *Intervenção Precoce na Infância: da abordagem centrada na família às práticas* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. http://hdl.handle.net/10400.19/6068

Felgueiras, I., & Bairrão, J. (1991). Um modelo de Intervenção Precoce: O Programa Portage para Pais. *Noesis,* (20), 38-42. https://sigarra.up.pt/fdup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=86251

Ferreira, L. P. (2020). *Terapeutas da Fala em contexto clínico: Práticas Centradas na Família* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde Politécnico do Porto]. Repositório Científico do Instituto Politécnico do Porto. http://hdl.handle.net/10400.22/17254

Garbarino, J., & Abramowitz, R. H. (1992). *Children and families in the social environment*. (2° Edição). Routledge.

Garcia-Sanchez, F. A., Rubio-Gomez, N., Orcajada-Sanchez, N., Escorcia-Mora, C. T., & Cañadas, M. (2018). Training needs in family-centered practices for spanish early childhood intervention professionals. *Bordon, Revista de Pedagogia*, *70*(2), 39-55. https://doi.org/10.13042/Bordon.2018.59913

Guimarães, M. M. (2019). *Análise da utilização das práticas recomendadas em intervenção precoce pelos terapeutas ocupacionais* [Dissertação de Mestrado, Instituto de Educação da Universidade do Minho]. Repositório Universidade do Minho. http://hdl.handle.net/1822/63708

Isabel, F., Bairrão Ruivo, J., & Júlia Serpa, P. (1986). O atendimento precoce de crianças deficientes na DSOIP: o Modelo Portage para Pais. *Cadernos DSOIP, 11*(12), 57-61. https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/52190

Koller, S. (2004). *Ecologia do Desenvolvimento Humano* (1° Edição). Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda.

Martins, A. P. (1999). *O envolvimento familiar em intervenção precoce: Percepções dos pais e dos educadores de infância* [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada]. Repositório do ISPA. http://hdl.handle.net/10400.12/652

Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir* (1º Edição). Psiquilíbrios Edições.

Mckean, K., Phillips, B., & Thompson, A. (2012). A family-centred model of care in paediatric speech-language pathology. International Journal of Speech-Language Pathology, *14*(3), 235-246. https://doi.org/10.3109/17549507.2011.604792

McWilliam, R., 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*(4), 519-538. https://doi.org/10.1207/s15566935eed1104_9

McWilliam, P. J., Winton, P. J., & Crais, E. R. (2003). *Estratégias práticas para a intervenção precoce centrada na família* (1º Edição). Porto Editora.

McWilliam, R. A. (2012). *Trabalhar com as famílias de crianças com necessidades especiais.* (1º Edição). Porto Editora.

Monteiro, D. C. C. (2010). *"O processo de construção de Boas práticas": Percepções dos profissionais de Intervenção Precoce* [Dissertação de Mestrado, ISPA Instituto Universitário]. Repositório do ISPA. http://hdl.handle.net/10400.12/4058

Pacheco, M. P. F. (2019). *Avaliação de Práticas Centradas na Família na Região Autónoma da Madeira – Consultoria Colaborativa* [Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. http://hdl.handle.net/10284/8260

Pappas, N. W., McLeod, S., McAllister, L., & McKinnon, D. (2008). Parental involvement in speech intervention: A national survey. *Clinical Linguistics and Phonetics*, 22(4-5), 335-344. https://doi.org/10.1080/02699200801919737

Pego, C. (2014). *As perceções das famílias de crianças com necessidades especiais sobre os benefícios da Intervenção Precoce: Um estudo qualitativo com famílias de Braga*. [Dissertação de Mestrado, Instituto de Educação da Universidade do Minho]. Repositório Universidade do Minho. http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/38415

Pereira, A. P. d. S. (2002). Análise das condições de risco numa perspectiva ecológica. *Revista inclusão*, (2), 75-90.

Pereira, A. P. d. S. (2003). Práticas centradas na família: Identificação de comportamentos para uma prática de qualidade no distrito de Braga [Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho]. Universidade do Minho

Pereira, A. P. d. S. (2009). *Práticas centradas na família em intervenção precoce: Um estudo nacional sobre práticas profissionais* [Tese de Doutoramento, Instituto de Estudos da Criança da Universidade de Minho]. Repositório Universidade do Minho. http://hdl.handle.net/1822/9808

Pereira, A. P. d. S., & Serrano, A. M. (2010). Abordagem Centrada na Família em Intervenção Precoce: Perspectivas Histórica, Conceptual e Empírica. *Revista Diversidades,* (27), 4-11.

Pereira, A. P. da S., & Serrano, A. M. (2014). Early Intervention in Portugal: Study of Professionals' Perceptions. *Journal of Family Social Work*, *17*(3), 263–282. https://doi.org/10.1080/10522158.2013.865426

Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2014). Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS (6° Edição). Edições Sílabo.

Pimentel, J. (2005). *Intervenção focada na família: desejo ou realidade*. Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. Livros SNR (n°23). http://hdl.handle.net/10400.12/1138

Pinto, A. I., Grande, C., Felgueira, I., Almeida, I. C. d., Pimentel, J. S., & Novais, I. (2009) Intervenção e investigação em idades precoces: o legado de Joaquim Bairrão. *Revista Psicologia, XXIII* (2), 21-42.

Pinto, A. I., Grande, C., Aguiar, C., Almeida, I. C., Felgueiras, I., Pimentel, J. S., Serrano, A. M., Carvalho, L., Brandão, M. T., Boavida, T., Santos, P., & Lopes-dos-Santos, P. (2012). Early childhood intervention in Portugal: Na overview based on the developmental systems model. *Infants & Young Children, 25*(4), 310-322.

Portugal, G. (1992). *Ecologia do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner* (1° Edição). Centro de Investigação, Difusão e Intervenção Educacional.

Póvoa, T. M. S. d. S. (2012). *O papel do terapeuta da fala na equipa de intervenção precoce*. [Dissertação de Mestrado, Departamento de Educação da Universidade de Aveiro]. Repositório Universidade de Aveiro. https://ria.ua.pt/bitstream/10773/10435/1/disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf

Ruivo, J.B., & Almeida, I. C. (2002). *Contributos para o estudo das práticas de Intervenção Precoce em Portugal* (1° Edição). Ministério da Educação.

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* (pp. 135-159). Cambridge University Press.

Sandall, S. R., & Schwrtz, I. S. (2003). *Construindo blocos: estratégias para incluir crianças com necessidades especiais em idade pré-escolar* (1° Edição). Porto Editora.

Sandall, S., McLean, M. E., & Smith, B. J. (2000). *DEC recommended practices: in early intervention/ early childhood special education*. ERIC. https://eric.ed.gov/?id=ED451662

Serrano, A. M., & Correia, L. M. (1998). *Envolvimento parental em intervenção precoce: das práticas centradas na criança às práticas centradas na família* (1° Edição). Porto Editora.

Serrano, A. M. (2007). *Redes sociais de apoio e sua relevância para a intervenção precoce* (1° Edição). Porto Editora.

Serrano, A. M., & Boavida, J. (2011). Early Childhood Intervention: The Portuguese pathway towards inclusion. *Revista de Educación Inclusiva*, *4*(1), 123-138. http://hdl.handle.net/1822/15769

Serrano, A. M., & Pereira, A. P. (2011) Parâmetros recomendados para a qualidade da avaliação em intervenção precoce. *Revista Educação Especial*, *24*(40), 163-180. https://www.researchgate.net/publication/277988312

Serrano, A. M., Mas, J. M., & Cañadas, M. (2016). Family systems and family-centered intervention practices in Portugal and Spain: Iberian reflections on early childhood intervention. In H. Sukkar, C. Dunst & J. Kirkby (Eds), *Early Childhood Intervention* (pp. 193-212). Routledge.

Shonkoff, J.P., & Meisels, S. J. (Eds.). (2000). *Handbook of early childhood intervention* (2ª Edição). Cambridge University Press.

Souza, D. M. B. de, & Lopes, S. M. B. (2015). Percepção da famíla em relação à atuação fonoaudiológica em um ambulatório. *Revista CEFAC*, *17*(1), 80–87.

Speech Pathology Australia. (2015). *Scope of Practice in Speech Pathology*. The Speech Pathology Association of Australia Limited.

Vilaseca, R. M., Galván-Bovaira, M. J., González-del-Yerro, A., Baqués, N., Oliveira, C., Simó-Pinatella, D., & Giné, C. (2018). Training Needs of Professionals and the Family-Centered Approach in Spain. *Journal of Early Intervention*, *41*(2), 87–104. https://doi.org/10.1177/1053815118810236

Woods, J. J., Wilcox, M. J., Friedman, M., & Murch, T. (2011). Collaborative consultation in natural environments: Strategies to enhance family-centered supports and services. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, *42*(3), 379-392.https://doi.org/10.1044/0161-1461(2011/10-0016)

ANEXOS

ANEXO A: Questionário

Análise da Perceção dos Terapeutas da Fala sobre as Práticas Centradas na Família

A presente investigação é da responsabilidade da mestranda Lara Araújo, com a supervisão e orientação da Professora Doutora Ana Maria Serrano, destinando-se à obtenção do grau de mestre em Educação Especial, área de especialização em Intervenção Precoce, pela Universidade do Minho.

O objetivo do estudo consiste em analisar a perceção dos terapeutas da fala sobre as práticas centradas na família, que se encontram a exercer ou já exerceram funções com crianças dos 0 aos 6 anos de idade em Portugal.

O presente questionário está dividido em 3 partes, a primeira correspondente à caraterização sociodemográfica e profissional dos participantes, a segunda parte referente à perceção dos terapeutas da fala sobre as práticas centradas na família e a terceira e última parte relacionada com o conceito de abordagem centrada na família. O seu preenchimento não irá exceder os 10 minutos.

De salientar que a participação é voluntária e anónima, sendo garantida a confidencialidade dos dados fornecidos para uso da investigação, podendo os mesmos serem utilizados, futuramente, para outras publicações científicas e/ou literárias.

Obrigada pelo tempo dispensado.

*Obrigatório

Marcar apenas uma oval.

◯ Opção 1

Confirmação *

Marcar tudo o que for aplicável.

☐ Li atentamente os objetivos da presente investigação, tendo sido claro que a mesma é voluntária e totalmente anónima. Como tal, aceito participar deste estudo e declaro que exerço/exerci funções como terapeuta da fala junto de crianças dos 0 aos 6 anos de idade.

Parte 1. Caraterização Sociodemográfica e Profissional

1.1. Em que ano concluiu a formação inicial de terapia da fala? *

_____

1.2. Refira os anos de experiência a trabalhar com crianças dos 0 aos 6 anos de idade e suas famílias. *

_____

1.3. Possui alguma formação especializada (pós-graduação, mestrado e/ou doutoramento)|? *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim
- ◯ Não

Se sim, qual/quais e em que área/áreas?

_____

1.4. Indique em que local ou locais exerce ou exerceu as suas funções, como terapeuta da fala, junto de criança dos 0 aos 6 anos de idade. *

(Caso se aplique, podem ser selecionadas mais do que uma opção)

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Escola
- ☐ Clínica e/ou Gabinete Privado
- ☐ Hospital
- ☐ Centro de Saúde
- ☐ Equipa Local de Intervenção Precoce (ELI)

Outra: ☐ _____

1.5. No caso de exercer ou já ter exercido funções numa Equipa Local de Intervenção Precoce (ELI), refira os anos de experiência profissional neste âmbito.

_____

Parte 2. Perceção dos Terapeutas da fala sobre as Práticas Centradas na Família

Nesta segunda parte do questionário selecione a opção que mais se adequa à sua intervenção utilizando a escala de Likert, com a seguinte legenda:

1- Nunca
2- Raramente
3- Por vezes
4- Frequentemente
5- Sempre

Por favor responda tendo por base os seus conhecimentos, sem recorrer a pesquisas externas.
Reforça-se, uma vez mais, que as respostas são totalmente anónimas.

2.1. Considero que na minha intervenção implemento as práticas centradas na família. *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ 1. Nunca
- ◯ 2. Raramente
- ◯ 3. Por vezes
- ◯ 4. Frequentemente
- ◯ 5. Sempre

2.2. Interajo com a família de forma calorosa, empática e sem julgar. *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ 1. Nunca
- ◯ 2. Raramente
- ◯ 3. Por vezes
- ◯ 4. Frequentemente
- ◯ 5. Sempre

2.3. Partilho toda a informação fidedigna e necessária à família, para que esta consiga fazer escolhas informadas e assertivas. *

Marcar apenas uma oval.

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. Por vezes
- 4. Frequentemente
- 5. Sempre

2.4. Comunico com e sobre a família de forma clara e positiva, focando-me nos seus pontos fortes e não nas suas dificuldades. *

Marcar apenas uma oval.

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. Por vezes
- 4. Frequentemente
- 5. Sempre

2.5. Partilho, com a família, a informação que considero relevante. *

Marcar apenas uma oval.

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. Por vezes
- 4. Frequentemente
- 5. Sempre

2.6. Escuto de forma ativa, acolhendo e dando resposta às necessidades da família. *

Marcar apenas uma oval.

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. Por vezes
- 4. Frequentemente
- 5. Sempre

2.7. Encorajo a família a participar no processo de intervenção, nomeadamente, em momentos que considero relevantes e que, na minha perspetiva, irão beneficiar a família. *

Marcar apenas uma oval.

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. Por vezes
- 4. Frequentemente
- 5. Sempre

2.8. Ao longo de todo o processo de intervenção, apoio a família de forma a que esta decida o que considera melhor para si. *

Marcar apenas uma oval.

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. Por vezes
- 4. Frequentemente
- 5. Sempre

2.9. Reconheço, valorizo e enalteço as competências e capacidades da família, criando oportunidades, ao longo de todo o processo de intervenção, para que a mesma comprove isso. *

Marcar apenas uma oval.

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. Por vezes
- 4. Frequentemente
- 5. Sempre

2.10. Considero que, enquanto profissional, possuo as informações e os conhecimentos necessários para fazer escolhas e tomar decisões. *

Marcar apenas uma oval.

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. Por vezes
- 4. Frequentemente
- 5. Sempre

2.11. O meu papel é, essencialmente, fornecer apoio e informações para que a família consiga tomar decisões de forma consciente e esclarecida. *

Marcar apenas uma oval.

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. Por vezes
- 4. Frequentemente
- 5. Sempre

2.12. Avalio, aprofundadamente, as rotinas da criança e da família em casa, dando resposta aquelas que mais preocupam e mais stress causam à família. *

Marcar apenas uma oval.

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. Por vezes
- 4. Frequentemente
- 5. Sempre

2.13. Encorajo a família a identificar e utilizar atividades da rotina e do interesse da criança para potencializar as aprendizagens. *

Marcar apenas uma oval.

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. Por vezes
- 4. Frequentemente
- 5. Sempre

2.14. Intervenho tendo por base um modelo de articulação em equipa transdisciplinar. *

Marcar apenas uma oval.

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. Por vezes
- 4. Frequentemente
- 5. Sempre

Parte 3. Perceção dos Terapeutas da Fala sobre o conceito de abordagem centrada na família

Nesta terceira e última parte, constituída por uma única questão de escolha múltipla, em que apenas é possível selecionar uma opção, salienta-se, uma vez mais, a importância de responder tendo em conta os seus conhecimentos, sem recurso a pesquisas externas.

3.1. Selecione a opção que, na sua ótica, melhor caracteriza o conceito de abordagem centrada na família *

Marcar apenas uma oval.

- A família é considerada como sendo capaz de realizar escolhas. O profissional indica as opções de recursos e apoios que considera necessários à família, aconselhando-a sobre a forma como deverá decorrer o processo de intervenção e encorajando-a na procura de redes formais de prestação de serviços.
- A família é considerada competente para efetuar escolhas, cabendo-lhe todas as decisões referentes ao processo de intervenção. O profissional é apenas o agente através do qual a família obtém as informações de que precisa, fortalecendo os seus sentimentos de autoconfiança e autoeficiência. A intervenção norteia-se tendo em consideração as prioridades da família.
- A família é percecionada como minimamente competente para concretizar mudanças na sua vida. O profissional estabelece e prescreve as intervenções que considera fundamentais para a família.